

Paul Knekt
Olavi Lindfors
Maarit Laaksonen

Helsingin Psykoterapiatutkimus

– psykoterapioiden vaikuttavuus
viiden vuoden seurannassa

RAPORTTI



© Kirjoittajat ja THL

Taitto: Riitta Nieminen

ISBN 978-952-245-343-3 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-344-0 (verkko)

ISSN 1798-0089 (verkko)

Yliopistopaino

Helsinki 2010

*Omistamme tämän kirjan Helsingin Psykoterapiatutkimukseen
tutkimuspotilaina osallistuneille henkilöille. Ilman Teidän
suostumustanne kokemustenne jakamiseen tieteellisen tiedon
tuottamiseksi, yhteistyökumppanuuttanne ja sitoutumistanne,
tutkimuksen toteutus ei olisi ollut mahdollista.*

Tiivistelmä

Paul Knekt, Olavi Lindfors ja Maarit Laaksonen. Helsingin Psykoterapiatutkimus – psykoterapioiden vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 33/2010. 138 sivua. Helsinki 2010.
ISBN 978-952-245-343-3 (painettu), ISBN 978-952-245-344-0 (pdf)

Tausta: Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä, jotka aiheuttavat paitsi subjektiivista kärsimystä myös suuria kustannuksia yhteiskunnalle. Näitä häiriöitä hoidetaan yleisesti erilaisilla, lyhyillä ja pitkällä, psykoterapioilla, mutta eripituisten terapioiden vaikuttavuudesta, riittävydestä ja kustannusvaikuttavuudesta on vain vähän vertailutietoa.

Aineisto: Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa verrataan neljän psykoterapiamuodon vaikuttavuutta mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Tutkimukseen valittiin kaikkiaan 367 iältään 20–46-vuotiaasta mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöstä kärsivää avohoitopotilasta Helsingin seudulta vuosien 1994–2000 aikana. Heistä 326 potilasta satunnaistettiin lyhyeen voimavarasuuntautuneeseen terapiaan, lyhyeen psykodynaamiseen psykoterapiaan tai pitkään psykodynaamiseen psykoterapiaan, ja lyhyiden terapioiden ja pitkän terapian vaikuttavuutta verrattiin ensi kertaa satunnaistetussa kliinisessä kokeessa. Loput 41 potilasta ohjautuivat omasta aloitteestaan psykoanalyysiin, ja psykoanalyysin ja kolmen satunnaistetun psykoterapian vaikuttavuutta verrattiin kvasikokeellisessa tutkimusasetelmassa.

Menetelmät: Tutkimusterapioiden vaikuttavuusindikaattoreina käytettiin psykiatrisia oireita ja diagnooseja, työ- ja opiskelukykä, persoonallisuuden toimintaa ja hoidon tarvetta. Myös hoitojen kustannusvaikuttavuutta arvioitiin. Potilaita koskevia tietoja kerättiin ennen hoidon alkua ja 9 kertaa tässä raportissa esitetyn 5 vuoden seurannan aikana.

Tulokset: Kaikissa neljässä hoitoryhmässä oireiden määrä väheni ja työkyky parani seurannan aikana. Myös persoonallisuuden toiminnassa tapahtui paranemista, joskin hitaammin. Terapian pituus osoittautui tärkeäksi terapian vaikuttavuuden kannalta: lyhyet terapiat vaikuttivat nopeammin, mutta pidemmät hoitomuodot olivat vaikuttavampia pitkällä tähtäimellä. Kahden eri viitekehyksestä tulevan lyhyen terapian vaikuttavuudessa ei sen sijaan havaittu mainittavia eroja missään vaiheessa seurantaa. Terapiatulokset olivat parhaimmillaan kunkin terapian päättyessä – lyhyissä terapioissa noin vuoden, pitkässä psykodynaamisessa psykoterapiassa noin kolmen vuoden ja psykoanalyysissa noin viiden vuoden seurannan kohdalla – ja kyseinen terapia oli tuolloin yleisesti ottaen muita terapioita vaikuttavampi. Vaikka terapiat olivat vaikuttavia, ne eivät kuitenkaan olleet kaikille riittäviä. Noin puolet mielialahäiriöstä kärsivistä ja kaksi kolmasosaa ahdistuneisuushäiriöstä

kärsivistä toipui ja yli puolet kaikista potilaista joutui turvautumaan tutkimusterapioiden lisäksi myös muihin hoitoihin 5 vuoden seurannan aikana. Pitkän psykodynaamisen psykoterapian lyhyisiin terapioihin nähden yli kymmenkertaisista hoitokustannuksista johtuen lyhyet terapiat olivat keskimäärin pitkää terapiaa kustannusvaikuttavampia.

Jatkotutkimukset: Koska osa potilaista käytti tutkimusterapioiden ja niiden jälkeisen seurannan aikana runsaasti muita psykiatrisia hoitoja, ei vaikuttavuustuloksista voida tehdä luotettavia johtopäätöksiä terapioiden tehosta. Terapioiden tehon arvioimiseksi tulee siksi jatkotutkimuksissa tilastollisin keinoin erotella tutkimusterapian ja muun hoidon vaikutuksia toisistaan. Tulee myös toteuttaa osajoukkokohtaisia analyyseja keskimääräisten vaikuttavuustulosten tarkentamiseksi sekä selvittää eripituisten terapioiden soveltuvuuskriteerejä. Tutkimus lisäsi tietoa satunnaistettujen kliinisten kokeiden rajallisuudesta psykoterapiatutkimuksessa ja osoitti tarpeen täydentää niitä laadukkailla, suurilla kohorttitutkimuksilla sekä niihin perustuvilla meta-analyyseilla.

Johtopäätös: Helsingin Psykoterapiatutkimus on yksi laajimmista kliinisistä kokeista, jossa selvitetään mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöihin kohdistuvan psykoterapian vaikuttavuutta. Tutkimuksen tulokset tulevat mitä ilmeisimmin vaikuttamaan kliinisten käytäntöjen kehittymiseen ja niiden soveltamiseen terveydenhuollossa.

Avainsanat: Psykoterapia, vaikuttavuus, satunnaistettu kliininen koe, seurantatutkimus, mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, tutkimustarpeiden arviointi, soveltuvuus, kliinisten käytäntöjen kehittäminen

Abstract

Paul Knekt, Olavi Lindfors and Maarit Laaksonen. Helsinki Psychotherapy Study – Effectiveness of psychotherapies during a 5-year follow-up [Helsingin Psykoterapiatutkimus – psykoterapioiden vaikuttavuus viiden vuoden seurannassa]. National Institute for Health and Welfare (THL). Report 33/2010. 138 pages. Helsinki 2010. ISBN 978-952-245-343-3 (print), ISBN 978-952-245-344-0 (pdf)

Background: Mood and anxiety disorders are the most prevalent mental disorders, which cause unnecessary suffering to individuals and considerable costs to society. Different psychotherapies, short and long, are widely applied in the treatment of such disorders, but the effectiveness, sufficiency, and cost-effectiveness of psychotherapies of different length have seldom been compared.

Data: The Helsinki Psychotherapy Study compares the effectiveness of four different psychotherapies in the treatment of mood and anxiety disorders. A total of 367 psychiatric outpatients, aged 20-46 years and suffering from mood or anxiety disorders, from the Helsinki region were recruited for this study during 1994–2000. Of them, altogether 326 patients were randomized into brief solution-focused therapy, short-term psychodynamic psychotherapy or long-term psychodynamic psychotherapy, and the effectiveness of short- and long-term therapies was compared for the first time in a randomized clinical trial. The rest, 41 patients, were self-selected for psychoanalysis, and the effectiveness of psychoanalysis and the three randomized therapies was compared in a quasi-experimental study.

Methods: The effectiveness of study treatments was evaluated by psychiatric symptoms and diagnoses, work and study ability, personality functioning and need for treatment. Also cost-effectiveness of the treatments was evaluated. Information related to the patients was assessed at baseline and 9 times during the 5-year follow-up reported in this study.

Results: Psychiatric symptoms were reduced and work ability was improved in all four therapies during the follow-up. Personality functioning was also improved, although slower. The length of therapy was shown to be important on the effectiveness of treatments: short-term therapies gave faster benefits while long-term treatments were more effective in the long run. No notable differences in the effectiveness of the two different short-term therapies were noticed at any point of the follow-up. Psychotherapy outcome was at best at the end of each therapy – in short-term therapies at about one year, in long-term psychodynamic psychotherapy at about three years, and in psychoanalysis at about five years follow-up – being then, in general, statistically significantly more effective than the other therapies. Although the study treatments were effective, they were not sufficient for all patients. About half of the patients suffering from mood disorder and two thirds suffering from anxiety disorder recovered, and over half of the patients used some

auxiliary treatment in addition to the study treatment during the 5-year follow-up. Due to more than ten-fold costs of long-term psychodynamic psychotherapy in comparison to short-term therapies, short-term therapies were, on average, more cost-effective than long-term therapy.

Further research: Since part of the patients used considerable auxiliary treatment during or after the study treatment, no firm conclusions about the effect of study treatments can be drawn based on the effectiveness results. To be able to evaluate the true efficacy of the study treatments, the effects of auxiliary treatments must be statistically separated from the effects of the study treatments. In addition to the analyses of average effectiveness, also subgroup analyses must be carried out and suitability for therapies of different length studied. The study increased knowledge about the limits of the randomized clinical trial design in psychotherapy research, and thus indicated an increased need to supplement it and to focus in further research on high-quality cohort studies, possibly carried out as joint analyses.

Conclusions: The Helsinki Psychotherapy Study is one of the largest clinical trials evaluating the effectiveness of different psychotherapies in the treatment of mood and anxiety disorders. The results of this study are expected to have an important influence on the development of clinical practices and their application in improving health care of mental disorders.

Keywords: Psychotherapy, effectiveness, randomized clinical trial, follow-up study, mood disorder, anxiety disorder, evaluation of research needs, suitability, development of clinical practices

ESIPUHE

Helsingin Psykoterapiatutkimuksen suunnittelu alkoi 1980–1990-lukujen taitteessa professori Veikko Aalbergin johdolla. Kysymyksessä oli mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöstä kärsivien avohoitopotilaiden hoidon tehokkuuden arviointitutkimus, jossa verrattaisiin moniulotteisesti neljän psykoterapian – voimavarasuuntautuneen terapian, lyhyen psykodynaamisen psykoterapian, pitkän psykodynaamisen psykoterapian ja psykoanalyysin – vaikuttavuutta. Keskeisenä toimijana hankkeen suunnittelussa oli sen tutkimuspäällikkö, LL Jorma Hannula. Kela päätti ryhtyä hankkeen päärahoittajaksi arvioituaan, että hanke voi tuottaa tärkeää tietoa mielenterveyspotilaiden hoito- ja kuntoutuskäytäntöjen kehittämiseksi. Helsingin Psykoterapiatutkimuksesta muodostui laaja yhteistyöhanke, johon osallistuivat HUS, Biomedicum Helsinki, Kela, Kansanterveyslaitos (sittemmin Terveiden ja hyvinvoinnin laitos), Kuntoutussäätiö ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö. Hankkeen etenemistä seurasi Neuvottelukunta, jota johti Kelan tutkimusosaston päällikkö, professori Esko Kalimo (myöhemmin johtaja Mikael Forss) ja jossa keskeisessä roolissa toimi kuntoutuspäällikkö, LL Jouko Waal.

Tutkimuspotilaiden rekrytointi alkoi vuonna 1994 ja tutkimushoidot alkoivat vuonna 1995. Terapioiden vaikuttavuus osoittautui pian liian suppeaksi näkökulmaksi hoidon tehokkuutta arvioitaessa. Noin 10 vuotta hankkeen perustamisesta määriteltiinkin psykoterapian tehokkuuden arvioinnissa olennaiseksi paitsi sen vaikuttavuus, myös riittävyys ja soveltuvuus, sillä kaikkien näiden kolmen näkökulman huomiointi on välttämätöntä luotettavan ja kokonaisvaltaisen kuvan saamiseksi eri hoitomuotoihin ohjautumisen hyödyistä ja haitoista. Näkökulman laajentaminen toi mukanaan lisää tehtäviä sekä aineiston keruuseen että tilastollisten menetelmien kehittämiseen liittyen. Tutkimushanke päätettiin jakaa perusvaiheeseen, joka kattaa vaikuttavuustutkimuksen 10 vuoden seurannalla vuoden 2011 loppuun ja syventävään vaiheeseen, joka kattaa hoitoon ohjauksessa olennaiset kaksi muuta elementtiä, hoitojen riittävyyden ja niiden soveltuvuuden tutkimuksen. Hankkeen johtajaksi nimitettiin Kelan tutkimusprofessori Paul Knekt ja sen tutkimuspäälliköksi PsL, psykoanalyytikko Olavi Lindfors.

Helsingin Psykoterapiatutkimuksen monipuolinen ja laadukas aineisto ja tutkijaverkosto on merkittävä pääoma mielenterveys- ja hyvinvointitutkimukselle Suomessa. Tämä hanke on luonut puitteet sekä toteuttaa ja laajentaa tieteellistä tutkimusta että tuottaa tietoa tehokkaamman terveydenhoitojärjestelmän kehittämiseksi.

Tutkimuksen siirtyessä hallinnollisesti Kelasta Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselle toivomme, että jatkotoiminnan kustannuksia voitaisiin jakaa ja yhteistyötä toteuttaa laajasti kaikkien niiden tahojen välillä, joilla on vastuuta mielenterveyspotilaiden hyvinvoinnista. Mielenterveyden häiriöiden, erityisesti masennuksen, ja

niiden aiheuttamien haittojen ja kustannusten jatkuvasti lisääntyessä, on odotettavissa, että hankkeen jatkotutkimuksessa tuotettavilla tiedoilla hoitojen soveltuvuudesta, riittävydestä ja hoitojen tuloksellisuutta tai tuloksettomuutta ennustavista tekijöistä, on merkittäviä vaikutuksia hoitojen parempaan kohdentamiseen ja siten tuloksellisuuden parantamiseen.

Tämän vaikuttavuustutkimuksen tähän asti merkittävimpänä terveystaloudellisenä antina voidaan pitää tieteellisesti korkeatasoisen tiedon tuottamista lyhyiden ja pitkien psykoterapioiden vaikuttavuudesta poikkeuksellisen pitkällä seuranta-ajalla. Toivomme, että hankkeessa tuotetut tiedot ja sen piirissä tehty menetelmäkehitys tulevat edelleen edistämään psykoterapia- ja hyvinvointitutkimusta ja niiden tulosten hyödyntämistä, kehitettäessä tutkimusnäyttöön perustuvia hyviä käytäntöjä ja arvioitaessa niiden kustannusvaikuttavuutta. Kattavimmin tämän hankkeen tuloksia pystyttäneen hyödyntämään terveystaloudellisessa suunnittelussa – mm. hoitosuositusten ja hoitojen monitoroinnin kehittämisessä ja resurssien kohdentamisessa – kun tutkimuksen syventävässä vaiheessa päästään kokonaisvaltaisesti tarkastelemaan lyhyiden ja pitkien terapiaryhmien vaikuttavuutta, riittävyttä ja soveltuvuutta, sekä terapiaryhmien väliset että yksilölliset tekijät huomioiden.

Hankkeeseen on vuosina 1994–2010 osallistunut noin 400 potilasta, 70 terapeuttia ja noin 100 suunnittelijaa tai tutkijaa (Liite 1). Noin 40 henkilöä on tehnyt tai tekee opinnäytetyönsä hankkeessa. Tutkimuksen valvontaorganisaatioon on kuulunut noin 20 henkilöä. Kiitämme kaikkia näitä henkilöitä samoin kuin hankkeeseen osallistuneita organisaatioita panoksesta tähän ainutlaatuiseen ja kansainvälisesti merkittävään tutkimukseen. Erityisesti kiitämme professori Veikko Aalbergia ja LL Jorma Hannulaa työryhmineen urauurtavasta ja rohkeasta aloitteesta, jonka nyt 20 vuotta myöhemmin voidaan katsoa tuottaneen aineiston, joka kuuluu interventiotutkimustemme kansallisaarteisiin.

Tämän raportin syntymiseen ovat myötävaikuttaneet ETM Laura Sares-Jäske, FT Tommi Härkänen, VTM Timo Maljanen, erikoissuunnittelija Esa Virtala ja PsM Erkki Heinonen. Kiitämme heitä rakentavasta yhteistyöstä.

Tässä raportissa esitämme tutkimuksen perusvaiheen tavoitteen mukaisesti terapioiden keskeisiä vaikuttavuustuloksia. Tulokset kattavat 5 vuoden seurannassa psykoterapioiden vaikuttavuuden psykiatriin oireisiin, työ- ja toimintakykyyn, persoonallisuuden toimintaan ja hoidon tarpeeseen sekä alustavia tietoja kustannusvaikuttavuudesta ja psykoanalyysin vaikuttavuudesta. Esitämme myös suunta- viivoja jatkotutkimuksesta ja siihen perustuvan kehittämistyön mahdollisuuksista.

Paul Knekt

Kansaneläkelaitos

Olavi Lindfors

Biomedicum Helsinki

Maarit Laaksonen

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Sisällys

TIIVISTELMÄ	4
ABSTRACT.....	6
ESIPUHE.....	8
1 JOHDANTO	14
1.1 Mielenterveyden häiriöt.....	14
1.1.1 Esiintyvyys	14
1.1.2 Vaikutukset.....	14
1.1.3 Kustannukset	15
1.1.4 Hoito	17
1.2 Psykoterapia	18
1.2.1 Psykoterapiamuodot Suomessa	18
1.2.2 Psykoterapiapalveluiden kohdentuminen	18
1.2.3 Psykoterapiatutkimuksen tarve	19
1.2.4 Psykoterapioiden vaikuttavuus	19
1.3 Helsingin Psykoterapiatutkimus (The Helsinki Psychotherapy Study, HPS)	20
1.3.1 Tausta suomalaisen psykoterapiatutkimuksen aloittamiselle	20
1.3.2 Tutkimuksen tavoitteet.....	21
1.3.3 Tämän raportin tavoitteet	21
2 AINEISTO JA MENETELMÄT	22
2.1 Potilaat.....	22
2.2 Terapiat ja terapeutit.....	24
2.1.1 Terapiat	24
2.1.2 Terapeutit.....	24
2.3 Tutkimusasetelmat	25
2.4 Menetelmät.....	25
2.4.1 Mittausmenetelmät	25
2.4.2 Seeruminäytepankki	28
2.4.3 Laadullinen tutkimus	28
2.5 Tilastolliset menetelmät	29
2.5.1 Vaikuttavuustutkimus.....	29
2.5.2 Tehon approksimointi	29
2.5.3 Riittävyystutkimus	29
2.5.4 Ohjelmapaketit	30

3	TULOKSET	31
3.1	Aineiston kuvaus	31
3.2	Satunnaistettu kliininen koe	31
3.2.1	Psykiatriset oireet ja diagnoosi	31
3.2.2	Työ- ja opiskelukyky	37
3.2.3	Persoonallisuuden toiminta	42
3.2.4	Yhteenveto vaikuttavuuden muutoksista seuranta-aikana	42
3.2.5	Kustannusvaikuttavuus	45
3.3	Kvasikokeellinen tutkimus	46
3.3.1	Hoidon tarve	46
3.3.2	Psykiatriset oireet ja työkyky	54
4	POHDINTA	63
4.1	Viiden vuoden vaikuttavuustutkimuksen päätulokset ja niiden tulkinta	63
4.1.1	Psykiatriset oireet	63
4.1.2	Työ- ja opiskelukyky	64
4.1.3	Persoonallisuuden toiminta	64
4.1.4	Hoidon tarve	65
4.1.5	Kustannusvaikuttavuus	65
4.2	Arvio vaikuttavuustutkimuksesta	66
4.2.1	Tutkimuksen merkitys	66
4.2.2	Tutkimuksen vahvuudet	69
4.2.3	Tutkimuksen rajoitukset	70
4.3	Syventävä tutkimus	75
4.3.1	Helsingin Psykoterapiatutkimuksen seuranta-aineistoon perustuva tutkimus	75
4.3.2	Jatkotutkimukset	80
4.4	Tutkimustulosten soveltaminen ja hyödyntäminen terveystieteissä	82
4.4.1	Tutkimuksen tähänastinen rooli terveystieteissä keskustelussa	82
4.4.2	Tulevat terveystieteelliset painopistealueet	83
4.4.3	Terveystieteellisen jatkotoiminnan kohderyhmät ja toimintamallit	87
5	YHTEENVETO	88
5.1	Tausta	88
5.2	Päälöydökset	88
5.2.1	Vaikuttavuus	88
5.2.2	Hoidon tarve ja kustannusvaikuttavuus	89
5.2.3	Johtopäätökset	89
5.3	Tulevaisuuden näkymät	90
5.3.1	Terapioiden vaikuttavuus ja teho	90
5.3.2	Soveltuvuus	90

6 SUMMARY	92
6.1 Background	92
6.2 Main findings	92
6.2.1 Effectiveness.....	92
6.2.2 Need for treatment and cost-effectiveness	93
6.2.3 Conclusions.....	93
6.3 Future perspectives	94
6.3.1 Effectiveness and efficacy of psychotherapies.....	94
6.3.2 Suitability.....	94
KIRJALLISUUS.....	96
LIITTEET	103
Liite 1: Helsingin Psykoterapiatutkimuksen tekijäluettelo	
Liite 2. Helsingin Psykoterapiatutkimuksen julkaisuluettelo 1.1.1989–30.6.2010	

LYHENTEET

Terapiaryhmät

LPD	Lyhyt psykodynaaminen psykoterapia
PPD	Pitkä psykodynaaminen psykoterapia
PA	Psykoanalyysi
VAT	Voimavarasuuntautunut terapia

Mittarit

BDI	Beckin masennusoirekysely (Beck Depression Inventory)
GAF	Psykososiaalinen toimintakyky (Global Assessment of Functioning)
DSQ	Puolustusmekanismikysely (Defense Style Questionnaire)
HARS	Hamiltonin ahdistuneisuusasteikko (Hamilton Anxiety Rating Scale)
HDRS	Hamiltonin masennusasteikko (Hamilton Depression Rating Scale)
PPF	Koetun psyykkisen toimintakyvyn asteikko (Perceived Psychological Functioning scale)
SASB	SASB-minäkuvakysely (Structural Analysis of Social Behavior questionnaire)
SAS-SR	Sosiaalisen sopeutumisen kysely (Social Adjustment Scale, Self-Report)
SAS-Työ	Sosiaalisen sopeutumisen kysely, Työ-ala-asteikko
SCL-90-Anx	SCL-90-oirekysely, ahdistuneisuusasteikko (Symptom Check List, Anxiety scale)
SCL-90-GSI	SCL-90-oirekysely, kokonaisasteikko (Symptom Check List, Global Severity Index)
WAI	Työkykyindeksi (Work Ability Index)

Laitokset

HUS	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
HYKS	Helsingin yliopistollinen keskussairaala
Kela	Kansaneläkelaitos
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
YTHS	Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö
Valvira	Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto
WHO	Maailman terveysjärjestö (World Health Organization)

Muut

ES	Effect size -tunnusluku
LV	Luottamusväli (Confidence interval)
RR	Suhteellinen riski (Relative risk)
SD	Keskiahajonta (Standard deviation)

1 JOHDANTO

1.1 Mielenterveyden häiriöt

1.1.1 Esiintyvyys

Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisiä, usein uusiutuvia ja kroonistuvia häiriöitä, jotka heikentävät toimintakykyä (WHO 2000). Arviolta noin joka neljäs eurooppalainen kärsii elämänsä aikana jostakin mielenterveyden häiriöstä, mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden ollessa niistä yleisimpiä (molemmat 14 %) (Alonso ym. 2004).

Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan yhteensä 15 %:lla suomalaisista aikuisista oli ollut vähintään yksi mielenterveyden häiriö (masennus-, ahdistuneisuus- tai päihdehäiriö) viimeisen 12 kuukauden aikana (Pirkola ym. 2005a, b). Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden komorbiditeetti oli huomattava; samanaikaisesta ahdistuneisuushäiriöstä ja vakavasta masennustilasta kärsi 21 % (Hämäläinen ym. 2008). Myös persoonallisuushäiriöiden samanaikainen esiintyminen näiden häiriöiden kanssa on yleistä, arvioiden vaihdellessa 20 %:sta 40 %:iin (Casey ym. 2004, Grant ym. 2005).

1.1.2 Vaikutukset

Elämänlaatuun heikentävästi vaikuttavista sairauksista masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt, erityisesti yleistynyt ahdistuneisuus, sosiaalisten tilanteiden pelko ja pitkäaikainen masentuneisuus, ovat keskeisimpiä (Saarni ym. 2006). Masennus heikentää ja häiritsee työ- ja toimintakykyä, kognitiivisia funktioita ja sosiaalista vuorovaikutusta ja heijastuu siten myös lähiympäristöön (Raitasalo 2006). Myös ahdistuneisuushäiriöillä on vastaavanlaisia toimintakykyyn ja elämänlaatuun liittyviä vaikutuksia. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan noin puolella 30–64-vuotiaista masennus- tai ahdistuneisuushäiriöistä kärsivistä työkyky oli heikentynyt (Koskinen ym. 2008). Vastaavansuuruisia arvioita on esitetty myös nuorten aikuisten (18–29-vuotiaat) opiskelukyvyn heikentymisestä (Lahti 2004).

Masennus uusiutuu (75 %) ja kroonistuu (15 %) herkästi ja lyhentää elinikää keskimäärin noin 5 % erityisesti siihen liittyvän korkean itsemurhakuolleisuuden (2–20 %) takia (Angst ym. 1996, Hirschfeld 2001). Myös ahdistuneisuushäiriöt ovat usein pitkäaikaisia ja vain osittainen toipuminen niistä on yleistä (Batelaan ym. 2010, Ormel ym. 1993). Ahdistuneisuushäiriöiden tiivis kytkeytyminen mielialahäiriöihin – runsas puolet potilaista sairastuu myös vakavaan masennustilaan – lisää niihin liittyvää toimintakyvyn heikentymisen ja kuolleisuuden riskiä (Simon 2009).

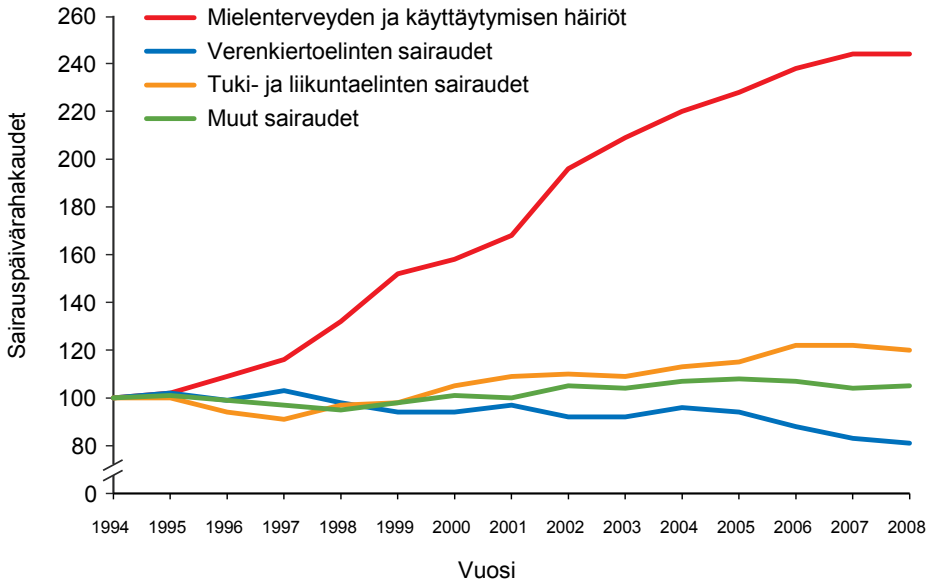
1.1.3 Kustannukset

Masennushäiriöt ovat tavallisimpia työ- ja toimintakyvyttömyyttä aiheuttavia mielenterveyden häiriöitä ja ne on myös arvioitu yhdeksi yleisimmistä terveydenhuoltota kuormittavista sairauksista maailmanlaajuisesti (Ustün ym. 2004). Vuosittain noin 200 000 suomalaista sairastaa masennusta (Sillanpää ym. 2008), 400 000 käyttää masennuslääkkeitä (Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos 2008) ja masennuksesta aiheutuu yli 30 000 sairauspäivärahakautta (Kansaneläkelaitos 2010).

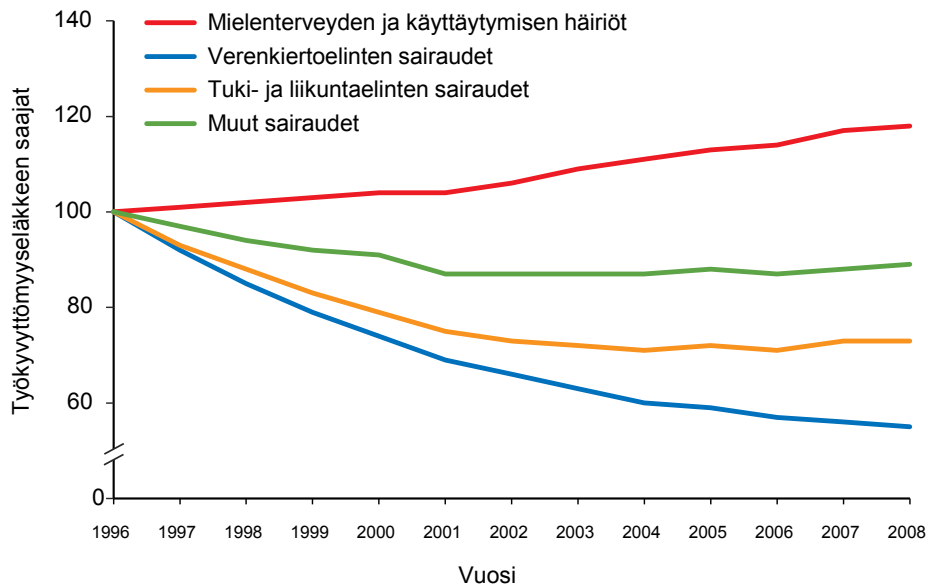
Mielenterveyden häiriöistä johtuvat kokonaiskustannukset olivat Suomessa vuonna 2004 yhteensä 2,3 miljardia euroa, josta mielialahäiriöiden (37 %) ja ahdistuneisuushäiriöiden (15 %) osuus oli noin 1,2 miljardia euroa (Sillanpää ym. 2008). Suurimpia kustannuseriä aiheutui epäsuorista kustannuksista, pääosin sairauspoissaoloista ja ennen aikaisesta eläkkeelle siirtymisestä, mutta myös hoito- ja kuntoutuskustannukset olivat mittavia. Mielenterveyden häiriöistä johtuvat tulonsiirrot vuonna 2003 olivat yhteensä 1,3 miljardia euroa (Maljanen, henkilökohtainen tiedonanto 2010).

Mielenterveyden häiriöihin liittyvän hoidon ja kuntoutuksen tarve on lisääntynyt merkittävästi viimeisten 15 vuoden aikana. Tämä näkyy mielenterveyden häiriöiden perusteella myönnettyjen sairauspäivärahakausien suhteellisen osuuden yli kaksinkertaistumisena, kun taas muiden suurten sairauksien, kuten verenkiertoelimistön tai tuki- ja liikuntaelinten sairauksien, osalta tällaista kehitystä ei näy (Kuvio 1). Vastaavasti, mielenterveyden häiriöiden suhteellinen osuus työkyvyttömyyseläkkeiden syynä on kasvanut 20 % vuodesta 1996 vuoteen 2008, kun taas muiden sairauksien suhteellinen osuus on samaan aikaan vähentynyt (40 % verenkiertoelimistön sairauksien ja 30 % tuki- ja liikuntaelinten sairauksien kohdalla) (Kuvio 2). Myös mielenterveyden häiriöiden vuoksi myönnettyjen, sairasmaakuutuksen korvaamien lääkkeiden käyttö on kolminkertaistunut ja Kelan korvaamaan kuntoutuspsykoterapiaan ohjattujen määrä yli kolminkertaistunut (Kuvio 3). Kuitenkin vain 11 % vuonna 2003 masennuksen vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneistä oli saanut säännöllistä psykoterapiaa (vähintään kerran viikossa ja 10 käyntikertaa), vaikka 85 % heistä oli saanut asianmukaisen masennuslääkityksen (Honkonen ym. 2007).

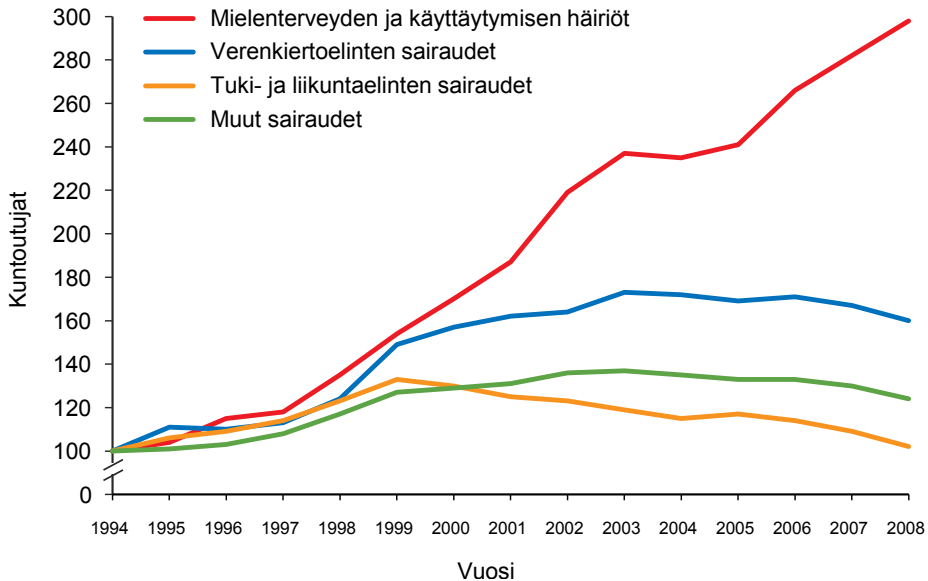
Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöistä yhteiskunnalle aiheutuvat taloudelliset menetykset ovat siis huomattavat ja hoitamattomina ne aiheuttavat sekä mittavia välillisiä kuluja että epätarkoituksenmukaista terveydenhuoltopalvelujen käyttöä. Näiden häiriöiden optimaalinen hoito on siten paitsi yksilöllisestä, myös yhteiskunnallisesta näkökulmasta äärimmäisen tärkeää.



Kuvio 1. Alkaneeet sairauspäiväraha-kaudet mielenterveyden häiriöiden ja muiden sairauksien perusteella 1994–2008 (indeksi 1994 = 100) (Kelan tilastolliset vuosikirjat).



Kuvio 2. Työkyvyttömyyseläkkeen saajat mielenterveyden häiriöiden ja muiden sairauksien perusteella 1996–2008 (indeksi 1996 = 100) (Eläketurvakeskuksen ja Kelan yhteistilastot).



Kuvio 3. Kuntoutujat mielenterveyden häiriöiden ja muiden sairauksien perusteella 1994–2008 (indeksi 1994 = 100) (Kelan kuntoutustilasto).

1.1.4 Hoito

Mielenterveyden häiriöiden hoidossa käytetään sekä biologisin että psykologisin mekanismein vaikuttavia hoitomuotoja, lähinnä erilaisia psykoterapioita ja lääkehoitoa. Sairaalahoidoa käytetään pääasiallisesti vaikeampien psyykkisten häiriöiden ja muihin psyykkisiin häiriöihin liittyvien vaikeiden kriisitilanteiden hoidossa. Lääkehoidon merkitys psykoterapian ohella korostuu sitä enemmän mitä vaikeammasta mielenterveyden häiriöstä on kyse ja mitä enemmän tavoitteena on vaikeiden, toimintakykyä heikentävien oireiden hallinta. Myös lievemmissä häiriöissä lääkehoitoa käytetään usein silloin, kun tavoitteena on oireenmukaisen avun saaminen, ilman koettua tarvetta psykoterapeuttiseen selvittelyyn. Kaikkeen hyvään psykiatriseen hoitoon sisältyy kuitenkin psykoterapeuttisia aineksia (mm. terapeuttisesti vaikuttava yhteistyösuhde), vaikka se ei sisältäisikään varsinaista psykoterapiaa (Lönngqvist ja Marttunen 2007). Psykoterapiaa käytetään laajalti erityisesti lievien ja keskivaikeiden mielenterveysongelmien hoidossa, silloin kun tavoitteena on paitsi lievittää psyykkisiin häiriöihin liittyvää kärsimystä ja parantaa toimintakykyä, myös tukea psyykkistä kasvua ja kehitystä ja lisätä ihmisen valmiuksia itse ratkaista ongelmiaan (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2005). Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöitä hoidetaan yleisesti erilaisilla lyhyillä ja pitkillä psykoterapioilla. Tässä rajaudutaan kuvaamaan vain psykoterapioita, jotka ovat tämän tutkimuksen kohteena.

1.2 Psykoterapia

1.2.1 Psykoterapiamuodot Suomessa

Helsingin Psykoterapiatutkimuksen käynnistyessä Suomessa 1990-luvun puolivälissä psykoterapiaa antoivat lähinnä psykoanalyttisen tai psykodynaamisen, kognitiivis-behavioraalisen tai perheterapian koulutuksen saaneet terapeutit (Pylkänen ym. 1995). Arviolta 80 % kaikista yksilöterapioiden oli psykodynaamisia, lähinnä pitkiä, terapioiden. Tämän jälkeen useita uusia, erilaisia suuntauksia edustavia, erityisesti lyhyitä, terapioiden on kehittynyt ja integroitunut osaksi psykoterapiakenttää. Kuitenkin yhä vuonna 2010 pitkät psykodynaamiset psykoterapiat ovat yleisesti käytössä Suomessa.

Suomen kaikkiaan noin 4 500 laillistetusta psykoterapeutista aktiivisesti toimivia on noin 3 500 (Irma Kotilainen, henkilökohtainen tiedonanto 2009). Heistä noin puolet toimii julkisella sektorilla ja viidennes pelkästään yksityissektorilla. Kelan kuntoutuspsykoterapeuteista suurin osa (68 %) on saanut psykodynaamisen terapian koulutuksen, noin neljännes edustaa kognitiivista (kognitiivis-behavioraalista tai kognitiivis-konstruktivistista) suuntausta ja alle 10 % muita terapiasuuntauksia (Marjatta Kallio, henkilökohtainen tiedonanto 2009).

1.2.2 Psykoterapiapalveluiden kohdentuminen

Kelan, psykoterapiapalveluita tuottavien tahojen ja klinikoiden kesken on käyty jatkuvaa keskustelua siitä, miten saataisiin kehitettyä sellainen palvelujärjestelmä, joka parhaiten palvelisi psykoterapeuttisen avun tarvitsijoita (Konsensuskokous 2006). Näkemykset erilaisten psykoterapioiden tarpeesta sekä psykoterapiapalveluita järjestävien ja rahoittavien tahojen rooleista ovat vaihdelleet. Tällä hetkellä ei ole mitään yleisesti hyväksyttyjä ohjeita psykoterapiapalveluiden kohdentamiseen ja alueelliset erot palveluiden saatavuudessa ovat suuria. Ei ole myöskään olemassa mitään järjestelmää tai rekisteriä psykoterapian tarpeessa olevien tai sitä saavien potilaiden tai psykoterapiaa antavien terapeuttien monitoroimiseksi ja seuraamiseksi.

Mielenterveyspalveluita koskevan lainsäädännön mukaan kunnat ja kuntayhtymät ovat ensisijaisesti vastuussa mielenterveyspalveluiden, kuten psykoterapian, järjestämisestä. Psykoterapioiden osalta myös yksityinen palvelujärjestelmä, jonka tarjoamia palveluita kunnat ostavat tai Kela korvaa, on tärkeä. Käytännössä Kelan psykoterapiakuntoutuksena tukema pitkäkestoinen psykoterapia on muodostunut merkittävimmäksi julkisesti tuetun psykoterapian muodoksi. Ei kuitenkaan tiedetä, missä määrin näihin hoitoihin ohjatut potilaat todella hyötyvät niistä ja ketkä potilaista hyötyisivät riittävästi lyhyistä terapioiden. Tarve julkisesti järjestetyn psykoterapiahoidon kehittämiseen porrasteisesti tarpeen mukaan onkin tunnustettu. Tämän mukaisesti lyhytkestoisia psykoterapiahoitoja tulisi olla tarjolla jo tervey-

denhuollon perustasolla ja tarvetta lyhyeen tai pitkään psykoterapiaan pitäisi arvioida huolella (Konsensuskokous 2006).

1.2.3 Psykoterapiatutkimuksen tarve

Yhteiskunnallisesta näkökulmasta lisääntyneet mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat haitat ja hoidon tarve ovat suuri haaste terveystaloudelle. Tarvitaan tutkimustietoa ja toimintamalleja sekä mielenterveyden häiriöitä ehkäisevään työhön ja työhyvinvoinnin edistämiseen että hoito- ja kuntoutuspalveluiden kehittämiseen. Useita kansallisia hankkeita, kuten MASTO (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a), Kaste (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b), ja Mieli 2009 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009), on pantu alulle näiden tavoitteiden saavuttamiseksi ja mielenterveystyön prioriteettien hahmottamiseksi kansanterveyden näkökulmasta.

Tutkimukseen perustuvaa terveydenhoidon vaikuttavuuden arviointia alettiin pitää kansainvälisesti yhä tärkeämpänä 1990-luvun alussa. Yksi psykoterapiakentän keskeisimmistä tutkimusaiheista oli lyhyen ja pitkän terapian keskinäisen vaikuttavuuden vertaaminen sen selvittämiseksi, tarvitaanko pitkiä terapioita potilaiden työ- ja toimintakyvyn palauttamiseksi vai voidaananko perinteisillä tai uusilla lyhyillä terapioilla saada aikaan riittävä ja kustannusvaikuttavampi hoitotulos. Vuonna 1994 aloitetulla Helsingin Psykoterapiatutkimuksella, jossa verrataan kahden lyhyen ja kahden pitkän terapian vaikuttavuutta, pyrittiin vastaamaan tähän kysymykseen. Vuonna 2006 järjestetyn, psykoterapiapalveluita ja -tutkimusta käsitelleen konsensuskokouksen paneeli totesi, osin juuri Helsingin Psykoterapiatutkimuksen tuloksiin perustuen, että tutkimustietoa tarvitaan erityisesti lyhyiden ja pitkien terapioiden vaikutusten mahdollisista eroista, optimaalisen hoitomuodon valinnan tueksi (Konsensuskokous 2006). Tämän jälkeen myös uusiin toimenpiteisiin, kuten esimerkiksi lakimuutoksiin (hoitotakuu, ehdotukset muutoksista kuntoutuspsykoterapian siirtämiseksi järjestämisvelvollisuuden piiriin, psykoterapiakoulutuksen uudistaminen) on ryhdytty yksilöllisiin tarpeisiin perustuvan laadukkaan hoidon takaamiseksi. Nämä toimenpiteet entisestään korostavat näyttöön perustuvan tiedon tarvetta psykoterapioiden vaikuttavuuden arvioinnissa.

1.2.4 Psykoterapioiden vaikuttavuus

Sekä lyhyiden että pitkien psykoterapioiden vaikuttavuudesta mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöistä kärsivien potilaiden hoidossa on näyttöä (de Maat ym. 2009, Leichsenring ym. 2006). Lyhyet psykoterapiat, joita useimmat tutkimukset käsittelevät, on osoitettu keskimäärin yhtä vaikuttaviksi kuin psykiatrinen lääketiede ja vaikuttavammiksi kuin hoitoon pääsyn odotuslistalla oleminen, mikä osoittaa, ettei hoidossa parantuminen johdu vain lumehoitoaikutuksesta tai keskiarvoon palautumisen ilmiöstä (Churchill ym. 2001, de Maat ym. 2006). Lyhytkestoisen

psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuuden on, muutamaa poikkeusta (Svartberg ja Stiles 1991) lukuun ottamatta, osoitettu olevan samaa luokkaa kuin muilla lyhytkestoisilla yksilöterapioidella, kuten kognitiivisella (Anderson ja Lambert 1995, Crits-Christoph 1992, Leichsenring 2001, Leichsenring ym. 2004, Wampold ym. 2002), intersoonallisella (Crits-Christoph 1992), supportiivisella (Anderson ja Lambert 1995, Leichsenring ym. 2004) ja voimavarasuuntautuneella (Knekt ja Lindfors 2004) terapialla. Mitään eroja muidenkaan erilaisia suuntauksia edustavien lyhytterapioiden vaikuttavuuden välillä ei ole yleisesti ottaen löydetty (Cuijpers ym. 2008). Voimavarasuuntautuneen terapian vaikuttavuutta mielenterveyden häiriöiden hoidossa on tutkittu niukasti (Gingerich ja Eisengart 2000).

Lyhyen psykodynaamisen psykoterapian positiivisten vaikutusten on myös osoitettu pysyvän tai jopa lisääntyvän hoidon jälkeisen seurannan aikana (Leichsenring ym. 2004). Koska psykoterapiahoitojen jälkeiset seuranta-ajat tähän mennessä julkaistuissa tutkimuksissa ovat olleet suhteellisen lyhyitä, ei lyhytkestoisten yksilöterapioiden hoitovaikutusten pysyvyydestä pitkällä tähtäimellä ole vielä kuitenkaan varmaa tietoa.

Vaikka pitkiä, lähinnä psykodynaamisia, psykoterapioita käytetään laajasti, on niitä tutkittu paljon vähemmän kuin lyhyitä psykoterapioita ja niiden vaikuttavuutta koskeva näyttö perustuu yksinomaan naturalistisiin ei-satunnaistettuihin tutkimuksiin (Bond ja Perry 2006, Piper ym. 1984, Wilczek ym. 2004). Siten myös lyhyiden ja pitkien terapioiden vaikuttavuutta vertailevia tutkimuksia on todella vähän (Crits-Christoph ja Barber 2000, Knekt ym. 2008a, b). Intensiivisempiä ja strukturoidumpia pitkiä psykoterapioita on pidetty lyhyempiä ja vähemmän intensiivisiä terapioita vaikuttavampina, ainakin vaikeampien mielenterveyden häiriöiden hoidossa (Leichsenring ja Rabung 2008).

1.3 Helsingin Psykoterapiatutkimus (The Helsinki Psychotherapy Study, HPS)

1.3.1 Tausta suomalaisen psykoterapiatutkimuksen aloittamiselle

Ennen Helsingin Psykoterapiatutkimuksen käynnistämistä vain muutamat tutkimukset olivat selvittäneet lyhyiden ja pitkien terapioiden vaikuttavuutta pitkällä seuranta-ajalla ja useista eri näkökulmista, kuten esimerkiksi työkyvyn tai sosiaalisen toimintakyvyn osalta. Myös lyhyiden ja pitkien terapioiden vaikuttavuutta keskenään vertailevat tutkimukset puuttuivat lähes kokonaan kirjallisuudesta. Lisäksi tähänastisissa tutkimuksissa Suomessa paljon käytetyt psykodynaamiset psykoterapiat olivat aliedustettuina. Myös voimavarasuuntautuneen terapian, yhden uudemman lyhyen hoitomuodon, vaikuttavuudesta oli vain niukasti tietoa.

1.3.2 Tutkimuksen tavoitteet

Pitkän psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuutta, lyhyiden psykoterapioiden vaikuttavuuden pysyvyyttä ja lyhyiden ja pitkien psykoterapioiden keskinäistä vaikuttavuutta koskevan näytön puuttumiseen vastaamiseksi suunniteltiin ja toteutettiin satunnaistettu kliininen koe, jossa verrattiin lyhyen ja pitkän psykodynaamisen psykoterapian sekä voimavarasuuntautuneen terapian vaikuttavuutta sekä vaikutusten pysyvyyttä mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöistä kärsivien potilaiden hoidossa 5 vuoden seurannassa. Tutkimusta täydennettiin joukolla psykoanalyysiin valittuja potilaita, joita verrattiin edellä mainittuihin terapiaryhmiin satunnaistettuihin potilaisiin kvasikokeellisessa tutkimusasetelmassa.

1.3.3 Tämän raportin tavoitteet

Tässä raportissa kuvataan lyhyesti Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa käytetty aineisto ja menetelmät, jotka on kuvattu yksityiskohtaisemmin jo aiemmin (Knekt ja Lindfors 2004, Knekt ym. 2008a, b). Lisäksi kerrotaan tähän aineistoon ja näihin menetelmiin pohjautuen saaduista alustavista tuloksista koskien tutkittujen terapiamuotojen vaikuttavuutta 5 vuoden seurannassa sekä niiden välistä kustannusvaikuttavuutta. Tämä raportti siis täydentää ja laajentaa jo ennestään raportoituja yhden vuoden (Knekt ja Lindfors 2004) ja kolmen vuoden (Knekt ym. 2008a, b) vaikuttavuustuloksia. Lopuksi pohditaan, minkälaisia johtopäätöksiä esitettyjen tulosten pohjalta voidaan tehdä ja minkälaisia jatkotutkimuksia, joko olemassa oleviin tai uusiin aineistoihin pohjautuen, tulisi toteuttaa.

2 AINEISTO JA MENETELMÄT

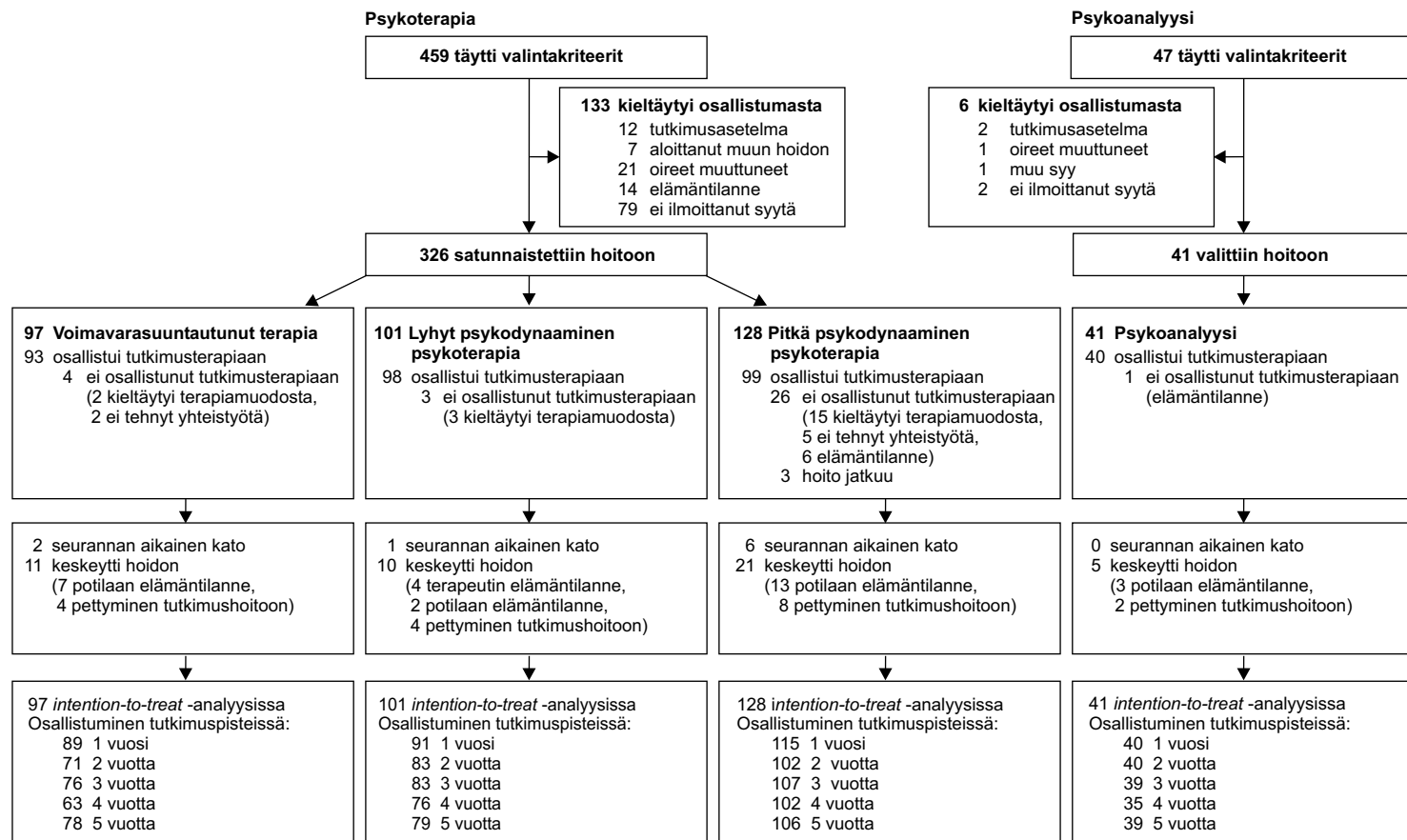
2.1 Potilaat

Helsingin Psykoterapiatutkimukseen ohjattiin kaikkiaan 506 valintakriteerit täyttävää avohoitopotilasta Helsingin seudulta vuosina 1994–2000 (Knekt ja Lindfors 2004). Tutkimukseen hyväksytyjen potilaiden tuli olla 20–45-vuotiaita ja heillä tuli olla työkykyä haittaava pitkäaikainen psyykkinen häiriö. Potilaiden tuli lisäksi täyttää DSM-IV-kriteerien (American Psychiatric Association 1994) mukaiset ahdistuneisuus- tai mielialahäiriön kriteerit. Tutkimuksesta suljettiin pois potilaat, joilla oli psykoottinen häiriö, vakava persoonallisuushäiriö (DSM-IV ryhmän A persoonallisuushäiriö ja/tai alemman tason rajatilapersonallisuusorganisaatio), reaktiivinen sopeutumishäiriö, päihteiden käyttöön liittyvä häiriö tai merkittävä somaattinen sairaus, sekä potilaat, jotka olivat käyneet psykoterapiassa edeltäneiden kahden vuoden aikana, työskentelivät mielenterveysalan ammatissa tai joilla oli henkilökohtaisia siteitä tutkimusryhmän jäseniin.

Tutkimukseen ohjatuista 506 potilaasta 139 kieltäytyi tutkimukseen osallistumisesta (Kuvio 4). Lopuista 367 potilaasta 97 satunnaistettiin voimavarasuuntautuneeseen terapiaan (VAT), 101 lyhyeen psykodynaamiseen psykoterapiaan (LPD) ja 128 pitkään psykodynaamiseen psykoterapiaan (PPD) ja 41 ohjautui omasta aloitteestaan psykoanalyyysiin (PA). Hoitoryhmien selviämisen jälkeen 7 lyhyisiin terapioihin satunnaistettua ja 26 pitkään psykodynaamiseen psykoterapiaan satunnaistettua potilasta sekä 1 psykoanalyyysin ohjautunut potilas luopui tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimushoidon aloittaneista 333 potilaasta kaikkiaan 47 keskeytti hoidon ennen aikaisesta. Hoidon keskimääräinen pituus oli 7,5 kk (SD = 3,0) VAT-ryhmässä, 5,7 kk (SD = 1,3) LPD-ryhmässä, 31,3 kk (SD = 11,9) PPD-ryhmässä ja 56,3 kk (SD = 21,3) PA-ryhmässä.

Hoitoihin ohjaamisen jälkeen potilaita seurataan kaikkiaan 10 vuotta hoitojen alkamisesta. Tässä raportissa esitetään tuloksia jo päättyneestä 5 vuoden seurannasta, jonka osalta kaikki rekisteritiedot ovat myös jo olemassa. Tutkimusprotokollan mukaisesti potilaat saivat lyhyttä tai pitkää terapiaa tai psykoanalyyssia, joiden päättymisen jälkeen heidän vointiaan seurattiin aina 5 vuoden seurannan loppuun (5 vuoden seurantapisteesä 4 hoitoa oli vielä meneillään). Kaiken kaikkiaan potilaiden vointia arvioitiin tänä aikana 9 kertaa: 3, 7, 9, 12, 18, 24, 36, 48 ja 60 kuukauden seurannan kohdalla. Keskimääräinen kato yli kaikkien näiden 9 mittauskerran oli 16 % VAT-ryhmässä, 14 % LPD-ryhmässä, 11 % PPD-ryhmässä ja 1 % PA-ryhmässä. Yleisin kadon syy oli seurannan kokeminen psyykkisesti rasittavana tai pettyminen tutkimushoittoon.

Helsingin yliopistollisen keskussairaalan psykiatrian klinikan eettinen toimikunta hyväksyi tutkimusprotokollan. Kaikki potilaat antoivat kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumiseen saatuaan ensin kattavan tiedon tutkimuksen toteutuksesta.



Kuvio 4. Tutkimukseen hyväksytyjen potilaiden lukumäärä eri tutkimusvaiheissa.

2.2 Terapiat ja terapeutit

2.1.1 Terapiat

Voimavarasuuntautunut terapia on ratkaisukeskeinen, potilaan omia resursseja hyödyntävä lyhyen terapian muoto, joka auttaa potilaita muuttumaan löytämällä uudenlaisia ratkaisuja heidän ongelmiinsa (Johnson ja Miller 1994). Se perustuu de Shazerin (1986) kehittämään suuntaukseen. Terapian käytäntiä oli joustava, yleisimmin yksi hoitokäynti kahden tai kolmen viikon välein, yhteensä enintään 12 käyntikertaa noin 8 kuukauden aikana. Lyhyt psykodynaaminen psykoterapia on transferenssi-ilmiöiden käyttöön perustuva lyhyen terapian muoto, joka auttaa potilaita selvittämään ja työstämään erikseen määritellyjä mielensisäisiä ja vuorovaikutuksellisia ristiriitoja. Se perustuu Malanin (1976) and Sifneosin (1978) kuvaamaan suuntaukseen. Käyntikertoja oli kerran viikossa, yhteensä 20, keskimäärin 6 kuukauden aikana. Pitkäkestoinen psykodynaaminen psykoterapia on kestoaltaan avoin, intensiivinen, transferenssi-ilmiöiden käyttöön perustuva terapiamuoto, joka auttaa potilaita selvittämään ja työstämään laaja-alaisesti mielensisäisiä ja vuorovaikutuksellisia ristiriitoja. Siihen sisältyy sekä tutkivia että tukea antavia elementtejä, potilaan tarpeista riippuen. Terapia toteutetaan siihen kuuluvien keskeisten kliinisten periaatteiden mukaisesti (Gabbard 2004). Käyntikertoja oli 2–3 viikossa, keskimäärin 3 vuoden ajan. Psykoanalyysi on kestoaltaan avoin, hyvin intensiivinen, transferenssi-ilmiöiden käyttöön perustuva psykodynaaminen hoitomuoto, joka auttaa potilaita tutkimaan syvällisesti ja työstämään laaja-alaisesti mielensisäisiä ja vuorovaikutuksellisia ristiriitoja. Terapeuttisella asetelmalla, johon kuuluu makuuasennon ja vapaan assosiaation käyttö, pyritään edistämään transferenssin maksimaalista kehittymistä tiedostamattomien konfliktien, kehityksellisten puutteiden ja mielen rakentumisen vääristymien tavoittamiseksi (Greenston 1985). Käyntitiheys oli 4 kertaa viikossa, keskimäärin 5 vuoden ajan.

2.1.2 Terapeutit

Tutkimukseen valittuja terapiasuuntauksia edustavien koulutusyhteisöjen informoimisen jälkeen kaikkiaan 112 valintakriteerit täyttävää psykoterapeuttia ilmoittautui mukaan tutkimukseen (Heinonen 2008). Terapeuteilta edellytettiin vähintään 2 vuoden työkokemusta kyseisestä terapiamuodosta siihen liittyvän koulutuksen jälkeen. Tutkimukseen osallistui lopulta 71 terapeuttia, sillä 41 terapeutilla ei ollut vapaita aikoja uusille potilaille tai he eivät jostain muusta syystä voineet ottaa uusia asiakkaita tutkimuksen alettua. Kaikkiaan 6 terapeuttia antoi voimavarasuuntautunutta terapiaa, 12 lyhyttä psykodynaamista psykoterapiaa, 41 pitkää psykodynaamista psykoterapiaa ja 30 psykoanalyysia. Terapeuttien potilasmäärä vaihteli 1 ja 24 potilaan välillä.

Kaikki voimavarasuuntautunutta terapiaa antaneet terapeutit olivat koulutettuneet ja pätevoityneet voimavara- ja ratkaisusuuntautuneeseen terapiaan ja kaikki

psykodynaamista psykoterapiaa antaneet terapeutit psykodynaamisesti orientoituneeseen psykoterapiaan jossakin suomalaisessa kyseisen suuntauksen koulutusyhteisössä. Vastaavasti psykoanalyttikot olivat pätevöityneet saatuaan psykoanalyttikon koulutuksen. Terapiakoulutuksen pituus psykodynaamista psykoterapiaa antaneilla oli vähintään 3 vuotta ja analyttikoilla vähintään 4 vuotta. Lyhyttä psykodynaamista terapiaa antaneet terapeutit olivat lisäksi hankkineet 1–2 vuoden lisäkoulutuksen tähän terapiamuotoon.

Terapeuttien keskimääräinen kokemus tässä tutkimuksessa antamastaan terapiasta oli voimavarasuuntautuneessa terapiassa 9 (vaihteluväli 3–15), lyhyessä psykodynaamisessa psykoterapiassa 9 (vaihteluväli 2–20), pitkässä psykodynaamisessa psykoterapiassa 18 (vaihteluväli 6–30) ja psykoanalyysissa 15 (vaihteluväli 6–30) vuotta. Kenelläkään psykodynaamista terapiaa antaneista terapeuteista ei ollut kokemusta voimavarasuuntautuneesta terapiasta eikä kenelläkään voimavarasuuntautunutta terapiaa antaneista terapeuteista psykodynaamisesta terapiasta. Voimavarasuuntautunut terapia oli manualisoitu ja sen asianmukaista toteutusta seurattiin voimavarasuuntautuneen asiakastyön keskuksessa, jonka piirissä hoidot toteutuivat. Psykodynaamiset terapiat ja psykoanalyysi toteutuivat kliinisen käytännön mukaisesti, siten että terapeutit saattoivat muokata interventioitaan potilaan tarpeiden mukaan, kyseisen terapian viitekehyksen sisällä. Näissä terapiamuodoissa ei siten käytetty hoitomanuaaleja eikä niiden asianmukaista toteutumista seurattu.

2.3 Tutkimusasetelmat

Kolmea terapiaryhmää koskeva vaikuttavuustutkimus toteutettiin satunnaistettuna kliinisenä kokeena. Näiden kolmen terapiaryhmän ja ei-satunnaistetun psykoanalyysiryhmän vertailu toteutettiin puolestaan kvasikokeellisena tutkimuksena.

2.4 Menetelmät

2.4.1 Mittausmenetelmät

Alkututkimuksessa ennen potilaiden ohjaamista hoitoihin arvioitiin heidän terapioidensa vaikuttavuuden indikaattoreina käytettyjen psykiatristen diagnoosien ja oireiden, työ- ja toimintakyvyn, persoonallisuuden toiminnan, sosiaalisen toimintakyvyn sekä terveyskäyttäytymisen alkutasoa vakiintuneilla haastattelu- ja kyselymenetelmillä (Knekt ja Lindfors 2004). Hoitoihin ohjaamisen jälkeen potilaiden vointia seurattiin kaikkiaan 10 vuotta. Psykkistä vointia ja työhön, opiskeluun ja sosiaaliin suhteisiin liittyvää toimintakykyä sekä koettua ja toteutunutta hoidon tarvetta arvioitiin kyselyin 3, 7, 9, 12, 18, 24, 36, 48, 60, 72, 84, 96, 108 ja 120 kuukauden ja haastatteluin 7, 12, 36, 60 ja 84 kuukauden seurannan jälkeen (Taulukko 1). Kokeneet kliiniset arvioijat suorittivat haastattelut ja myös niihin liit-

Taulukko 1. Mittausmenetelmät ja -ajankohdat.

Mittausmenetelmä ¹	Mittausajankohta (kuukautta)																Viite
	< 0	0	3	7	9	12	18	24	36	48	60	72	84	96	108	120	
POTILAAN ARVIOINTI																	
Psykiatrinen diagnoosi ja oireet																	
Psykiatrinen diagnoosi (DSM-IV)	H	x		x		x			x		x		x				American Psychiatric Association 1994
Psykososiaalinen toimintakyky (GAF)	H	x		x		x			x		x		x				American Psychiatric Association 1994
Beckin masennusoirekysely (BDI)	K		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	Beck ym. 1961; Beck 1970
SCL-90-oirekysely, kokonaisasteikko (SCL-90-GSI)	K	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	Derogatis ym. 1973
SCL-90-oirekysely, masennusasteikko (SCL-90-Dep)	K	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	Derogatis ym. 1973
SCL-90-oirekysely, ahdistuneisuusasteikko (SCL-90-Anx)	K	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	Derogatis ym. 1973
Hamiltonin masennusasteikko (HDRS)	H		x		x		x			x		x		x			Hamilton 1960; Williams 1988
Hamiltonin ahdistuneisuusasteikko (HARS)	H		x		x		x			x		x		x			Hamilton 1959; Bruss ym. 1994
Itsemurha-ajatukset (yksi HDRS:n osio)	H		x		x		x			x		x		x			Hamilton 1960; Williams 1988
Kohdeongelmakysely (TC)	K		x		x		x		x	x	x	x	x			x	Battle ym. 1966
Psykiatrisen oireilun arvio -kysely (PSQ)	K			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	Knekt ja Lindfors 2004
Muu psykiatrinen hoito																	
Koettu psykiatrisen hoidon tarve	K			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	-
Toteutunut muu hoito	R, K			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-
Työkyky																	
Työkykyindeksi (WAI)	K		x		x		x		x	x	x	x	x			x	Tuomi ym. 1997, 1998; Ilmarinen ym. 1997
SAS-Työ (SAS-SR:n työ-ala-asteikko)	K		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	Weissman ja Bothwell 1976
Koetun psyykkisen toimintakyvyn asteikko (PPF)	K		x		x		x		x	x	x	x	x				Lehtinen ym. 1991
Sairauspoissaolo- ja työkyvyttömyyspäivät	K		x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			x	-
Kliininen työkykyasteikko (OFS)	K		x		x		x			x		x					Hannula ym. 2006
Opiskelukyky	K		x				x		x	x	x	x	x				-
Persoonallisuuden toiminta																	
Vuorovaikutussuhteiden laadun asteikko (QORS)	H		x		x		x			x		x		x			Azim ym. 1991
Psykodynaaminen häiriötaso (LPO)	H		x		x		x			x		x		x			Kernberg 1984, 1996; Pyykkönen 2008

Taulukko 1 jatkuu

Mittausmenetelmä ¹		Mittausajankohta (kuukautta)																Viite
		< 0	0	3	7	9	12	18	24	36	48	60	72	84	96	108	120	
Puolustusmekanismikysely (DSQ)	K		x		x		x		x	x	x	x	x	x			x	Andrews ym. 1989
SASB-minäkuvakysely (SASB)	K		x		x		x		x	x	x	x	x	x			x	Benjamin 1996
Ihmissuhdeongelmien kysely (IIP)	K		x		x		x			x		x	x	x			x	Horowitz ym. 2000
Rorschachin menetelmä	T		x							x		x						Urist 1977; Exner 1993
Psykoterapiasoveltuvuuden arviointiasteikko (SPS)	H		x															Laaksonen ym. 2010a
Lapsuudenperheen ilmapiirikysely (CFAQ)	K		x															Kurki 2008
Wechslerin älykkyydesti (WAIS-R)	T		x															Wechsler 1981
Sosiaalinen toimintakyky																		
Koetun kompetenssin kysely	K		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x						Wallston 1990; Smith ym. 1991; Härkäpää 1995
Optimismikysely (LOT)	K		x		x		x			x		x						Scheier ja Carver 1985
Sosiaalisen sopeutumisen kysely (SAS-SR)	K		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	Weissman ja Bothwell 1976
Koherenssikäsityksen kysely (SOC)	K		x		x		x			x		x		x			x	Antonovsky 1993
Elämänlaatukysely (LSS)	K		x		x		x			x		x						Chubon 1987
Terveyskäyttäytyminen ja somaattinen terveydentila																		
Tupakointi, alkoholin käyttö, liikunta vapaa-aikana, painoindeksi	K		x		x		x		x	x	x	x		x				Aromaa ym. 1989
Seerumin määritykset	L		x							x		x						-
Sairaudet, sairaalahoidot, lääkkeiden käyttö	R, K	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-
Terveystaloudelliset kustannustiedot	R, K	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-
TERAPEUTIN JA TERAPIAPROSESSIN ARVIOINTI																		
Terapeuttikysely (DPCCQ)	K	x																Orlinsky ym. 1999
Psykoterapeutin identiteettihaastattelu (PII)	H	x																_2
Terapeuttisen yhteistyösuhteen kysely (WAI-P, WAI-T)	K		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x						Horvath ja Greenberg 1989
Psykoterapiaprosessin arviointiasteikko (PPA)	H				x		x			x		x						Knekt ja Lindfors 2004

¹ H = Haastattelu, L = Laboratoriomääritys, K = Kysely, R = Rekisteri, T = Testi.² Pirjo Lehtovuori, henkilökohtainen tiedonanto.

tyvää laaduntarkkailua toteutettiin. Lisäksi kerättiin tietoa seurannan aikaisesta tutkimushoidon lisäksi saadusta muusta psykiatrisesta hoidosta (muu terapia, muu avohoito, psyykenlääkkeet tai sairaalahoito) kyselyin, haastatteluin ja valtakunnallisten rekisterien avulla tutkimushoitosten tehon arviointia varten sekä tietoa hoitoihin liittyvistä kustannuksista kustannusvaikuttavuusanalyysien varten. Lisäksi arvioitiin terapeutteja ja terapeuttista yhteistyösuhdetta sekä potilaan että terapeutin näkökulmasta.

2.4.2 Seeruminäytepankki

Potilailta otettiin verinäytteitä alkututkimusvaiheessa ja 36 ja 60 kuukauden seurantapisteissä ja niistä tehtiin tavanomaisen laboratoriopaketin mukaiset määritykset. Kaikkiaan 343 potilaan EDTA veri- ja seeruminäytteet varastoitettiin -70°C mahdollista myöhempää psykoterapiatutkimusta varten.

2.4.3 Laadullinen tutkimus

Alkututkimuksen ja 7, 12, 36, 60 ja 84 kuukauden seurantapisteiden haastattelut, kaikkiaan 1 815 haastattelua 367 potilaalta, nauhoitettiin. Näiden nauhoitettujen haastatteluiden analysointiin perustuvan laadullisen tutkimuksen keinoin voidaan syventää ymmärrystä kvantitatiivisen tutkimuksen löydöksistä ja kehittää hypoteeseja terapiaan liittyvistä muutosmekanismeista eri potilasryhmissä. Tutkimus kohdistuu vaikuttavuuden, riittävyys ja soveltuvuuden arviointiin ja kattaa myös eksploratiivisen prosessi- ja tapaustutkimuksen. Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa käytetään monia laadullisen tutkimuksen menetelmiä etsittäessä säännönmukaisuuksia ja tutkittaessa kielellisen ilmaisun käyttötapoja: sisällönanalyysia (Tontti 2000), keskusteluanalyysia (Ehrling 2006, Vehviläinen ym. 2007), diskursianalyysia (Holm 2009), narratiivista analyysia (Valkonen 2007), sovellettua psykoanalyttista tapaustutkimusta (Juntumaa 2008) ja paradigmaattiseen pluralismiin perustuvaa kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen metodologioiden yhdistämistä.

2.5 Tilastolliset menetelmät

2.5.1 Vaikuttavuustutkimus

Neljän tutkitun terapian vaikuttavuutta verrattiin hoitoaikeen mukaisella (“intention-to-treat”, ITT) analyysillä, mikä mahdollisti hoitomenetelmän kliinisen vaikutuksen arvioinnin. Primaarianalyysit perustuivat oletukseen ei-informatiivisesta kadosta. Sekundaarianalyysissä mahdollinen informatiivinen kato pyrittiin huomioimaan täydentämällä puuttuvat arvot moni-imputoinnilla (Rubin 1987). Jatkuvan vastemuuttujan tapauksessa tilastolliset analyysit perustuivat lineaarisiin sekamalleihin (Verbeke ja Molenberghs 1997) ja kaksiluokkaisen vastemuuttujan tapauksessa logistisiin regressiomalleihin ja yleistettyjen estimointiyhtälöiden menetelmään (Liang ja Zeger 1986). Mallivakioidut tunnusluvut eri mittauspisteissä laskettiin predictive margins -vakiointimenetelmällä (Graubard ja Korn 1999, Lee 1981). Jatkuville vastemuuttujille estimointiin mallivakioidut keskiarvot ja keskiarvoerotukset ja kaksiluokkaisille vastemuuttujille esiintyvyydet ja suhteelliset riskit. Luottamusvälit laskettiin deltamenetelmän avulla (Migon ja Gamerman 1999) ja tilastollista merkitsevyyttä testattiin Waldin testillä.

Kustannusvaikuttavuusanalyysit toteutettiin käyttämällä inkrementaalista kustannusvaikuttavuussuhdetta (ICER), joka on toisiinsa verrattavien hoitoryhmien kustannusten keskiarvojen erotus jaettuna niiden vaikuttavuuden keskiarvojen erotuksella (Drummond 2005). Terapioiden vaikuttavuutena käytettiin vastemuuttujan keskiarvoa seuranta-aikana (AUC, area under the curve) (Pruessner ym. 2003). ICER-tunnusluvun luottamusvälit estimointiin käyttämällä bootstrap-menetelmiä.

2.5.2 Tehon approksimointi

Terapioiden tehoa approksimoitiin “as treated (AT)” -analyysillä, joissa huomioitiin komplianssi ja muun hoidon käyttö. Lisäksi sovellettiin Bayes-päätelyä (Gelman 1995) ja dynaamisia malleja (Commenges ja Gégout-Petit 2009, Eerola ym. 2003), jotka huomioivat vastemuuttujan ja muun hoidon väliset dynaamiset yhteydet eri seuranta-aikoina.

2.5.3 Riittävyystutkimus

Muun hoidon esiintyvyys ja ilmaantuvuus tulkittiin indikaattoreiksi annettujen tutkimushoitojen riittävydestä ja niitä käytettiin vastemuuttujina hoidon riittävyyteen liittyvässä vaikuttavuustutkimuksessa. Eri hoitoryhmien muun hoidon esiintyvyyden vertailuissa käytettiin samoja menetelmiä kuin edellä kuvatussa vaikuttavuustutkimuksessa. Muun hoidon ilmaantuvuutta mallitettiin puolestaan Coxin mallilla (Cox 1972).

2.5.4 Ohjelmapaketit

Keskeiset tilastolliset analyysit toteutettiin käyttämällä SAS/STAT-ohjelmapaketin MIXED, GENMOD ja PHREG -proseduureja, ja SAS/IML-ohjelmapaketin IML-proseduuria (SAS Institute Inc 2004). Bayes-päätelyyn perustuvat mallit toteutettiin käyttämällä WinBugs (Lunn ym. 2000) ja OpenBugs (Thomas ym. 2006) -ohjelmistopaketteja.

3 TULOKSET

3.1 Aineiston kuvaus

Helsingin Psykoterapiatutkimuksen tutkimusaineiston kattava kuvaus, terapia- ja diagnoosiryhmittäin, on esitetty jo yhden vuoden vaikuttavuusraportin yhteydessä (Knekt ja Lindfors 2004), joten tutkimusaineisto kuvataan tässä vain lyhyesti. Potilaat olivat suhteellisen nuoria (keskimääräinen ikä 32 vuotta) ja pääasiassa naisia (75 %) (Taulukko 2). Noin puolet heistä asui yksin ja noin neljänneksellä oli yliopisto- tai korkeakoulututkinto. Yli 80 % oli työssä tai opiskeli. Kaikkiaan 85,6 % potilaista kärsi mieliläihäiriöstä (82,3 % masennushäiriöstä ja 66,7 % vakavasta masennustilasta), 43,1 % ahdistuneisuushäiriöstä ja 18,3 % persoonallisuushäiriöstä. Psykiatristen oireiden taso ja ensimmäisten psykiatristen oireiden kohtalaisen varhainen ilmaantuminen kuvastivat vähintään kohtalaista, pitkäaikaista psyykkistä kuormittuneisuutta ja toimintakyvyn ongelmia. Satunnaistettujen terapiaryhmien ja valitun psykoanalyysiryhmän (PA) välillä löydettiin vain muutamia tilastollisesti merkittäviä eroja potentiaalisten sekoittavien tekijöiden suhteen. PA-ryhmässä sekä opiskelijoiden että akateemisesti koulutettujen osuus oli suurempi. Psyykenlääkkeiden käyttö oli huomattavasti yleisempää terapiaryhmissä ($P = 0,04$), kun taas PA-ryhmässä potilailla oli viitteitä heikommasta koherenssikäsityksestä ($P = 0,07$) ja suuremmasta ahdistuneisuusoireiden tasosta ($P = 0,08$). Myös psykoterapiasoveltuvuutta kuvastavissa ominaisuuksissa havaittiin merkittäviä eroja psykoanalyysiryhmän ja terapiaryhmien välillä. Psykoanalyysiryhmään valituilla potilailla minäkuvan suhde ideaaliminään oli heikompi, mutta reflektointikyky, kyky työstää koetulkintoja ja hoitomotivaatio parempia.

3.2 Satunnaistettu kliininen koe

Tässä esitetään satunnaistetun kliinisen kokeen tulokset kolmen tutkitun terapian, VAT, LPD ja PPD, keskinäisestä vaikuttavuudesta psykiatriisiin oireisiin ja diagnooseihin, työ- ja opiskelukykyyyn ja persoonallisuuteen sekä niiden kustannusvaikuttavuudesta 5 vuoden seurannassa.

3.2.1 Psykiatriset oireet ja diagnoosi

Masennusoireet mitattiin Beckin masennusoirekyselyllä (Beck Depression Inventory, BDI) ja haastatteluun perustuvalla Hamiltonin masennusasteikolla (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS) ja ahdistuneisuusoireet SCL-90-oirekyselyn ahdistuneisuusasteikolla (Symptom Check List, Anxiety scale, SCL-90-Anx) ja haastatteluun perustuvalla Hamiltonin ahdistuneisuusasteikolla (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) (Taulukko 1). Lisäksi psyykkistä kokonaisuoreilua mitattiin

Taulukko 2. Taustamuuttujien keskiarvot (keskihajonta) psykoterapiaryhmässä (kolme terapiaa yhdistetty-nä) ja psykoanalyysiryhmässä.

Taustamuuttujat	Psykoterapia ¹ (N = 326)		Psykoanalyysi (N = 41)		P-arvo ²
Sosioekonomiset tekijät					
Ikä (vuotta)	32,3	(6,9)	30,4	(5,6)	0,09
Miehiä (%)	23,9		31,7		0,28
Asuu yksin (%)	51,2		61,0		0,24
Yliopisto- tai korkeakoulututkinto (%)	25,8		46,3		0,006
Työssä tai opiskelee (%)	80,7		87,8		0,27
Opiskelee (%)	26,6		48,8		0,003
Opintojen kesto (kuukautta)	42		67		0,004
Opiskelijoilla yliopisto- tai korkeakouluopintoja (%)	66,3		94,7		0,01
Psykiatrinen diagnoosi					
Masennushäiriö (%)	81,6		87,8		0,33
Ahdistuneisuushäiriö (%)	43,6		39,0		0,58
Persoonallisuushäiriö (%)	18,1		19,5		0,83
Psykiatrinen monihäiriöisyys (%)	42,9		48,8		0,48
Psykiatriset oireet					
Beckin masennusoirekysely (BDI)	18,3	(7,9)	19,0	(8,0)	0,58
SCL-90-oirekysely, kokonaisasteikko (SCL-90-GSI)	1,28	(0,53)	1,34	(0,52)	0,46
SCL-90-oirekysely, ahdistuneisuusasteikko (SCL-90-Anx)	1,24	(0,69)	1,30	(0,68)	0,56
Hamiltonin masennusasteikko (HDRS)	15,7	(4,8)	15,8	(4,9)	0,87
Hamiltonin ahdistuneisuusasteikko (HARS)	14,9	(5,2)	16,5	(5,7)	0,08
Psykiatrinen historia ja aiemmat psykiatriset hoidot					
Ensimmäiset oireet alle 22 vuoden iässä (%)	61,0		53,7		0,36
Psykoterapia (%)	19,3		26,8		0,26
Psykenlääkkeiden käyttö (%)	22,0		7,7		0,04
Sairaalahoito (%)	1,8		0,0		0,38
Persoonallisuus, sosiaalinen toimintakyky ja työkyky					
Vuorovaikutussuhteiden laadun asteikko (QORS)	5,13	(0,60)	4,98	(0,66)	0,12
Psykodynaaminen häiriötaso (LPO)	4,19	(0,65)	4,14	(0,67)	0,67
Puolustusmekanismikysely (DSQ), epäkypsät puolustusmekanismit	3,93	(0,73)	3,88	(0,85)	0,70
Minäkuvakysely (SASB), minäkuvan myönteisyys	5,91	(59,9)	-11,2	(67,0)	0,09
Ihmissuhdeongelmien kysely (IIP)	86,4	(30,9)	90,0	(33,4)	0,50
Koherenssikäsityksen kysely (SOC)	113	(20,7)	107	(20,6)	0,07
Työkykyindeksi (WAI)	33,7	(6,9)	32,3	(6,3)	0,21
Psykososiaalinen toimintakyky (GAF)	55,2	(7,5)	55,8	(7,3)	0,68
Soveltuvuus psykoterapiaan					
Tunteiden hallinta (hyvä/kohtalainen %)	0,68		0,68		0,98
Vuorovaikutuksen sujuvuus (hyvä/kohtalainen %)	0,89		0,95		0,22
Minäkuvan suhde ideaaliminään (hyvä/kohtalainen %)	0,83		0,71		0,07
Reflektointikyky (hyvä/kohtalainen %)	0,82		0,93		0,08
Koetulkinta (hyvä/kohtalainen %)	0,67		0,88		0,01
Motivaatio (hyvä %)	0,39		0,68		< 0,001

¹ Voimavarasuuntautunut terapia, lyhyt ja pitkä psykodynaaminen psykoterapia yhdistetty yhdeksi ryhmäksi.

² Psykoterapiaryhmän¹ ja psykoanalyysiryhmän välisen eron tilastollinen merkitsevyys.

SCL-90-oirekyselyn kokonaisasteikolla (Symptom Check List, Global Severity Index, SCL-90-GSI). Psykiatriset akselin I ja II diagnoosit määritettiin haastattelussa DSM-IV-kriteerien mukaan (American Psychiatric Association 1994). Kaikista tuloksellisuuden indikaattoreista oireiden odotettiin alenevan nopeiten saadun tehokkaan terapian myötä ja osoittavan yleistä hyvinvoinnin muutosta kyseisellä psyykkisten ongelmien alueella.

Kaikissa kolmessa hoitoryhmässä kaikilla 5 mittausmenetelmällä (ts. BDI, HDRS, SCL-90-Anx, HARS ja SCL-90-GSI) mitattuna todettiin merkittävä oireiden väheneminen 5 vuoden seurannan aikana (Taulukko 3). Masennusoireet vähenivät eri hoitoryhmissä keskimäärin 47–59 % BDI:llä mitattuna ja 34–44 % HDRS:llä mitattuna. Ahdistuneisuusoireet vähenivät vastaavasti SCL-90-Anx:n ja HARS:n mukaan 41–52 % ja 34–45 %. Psykiatrinen kokaisoireilu vähentyi SCL-90-GSI:n mukaan puolestaan 41–47 %. Kahden lyhyen terapian välillä ei havaittu mitään merkittäviä eroja minkään oiremittarin osalta missään mittauspisteessä 5 vuoden seurannan aikana (Taulukko 3). Lyhyiden terapioiden ja pitkän terapian oirekehitys oli kuitenkin erilainen. Seurannan ensimmäisen vuoden aikana, jolloin lyhyet terapiat päättyivät, lyhyessä psykodynaamisessa psykoterapiassa (LPD) olleiden potilaiden masennus- ja ahdistuneisuusoireet ja voimavarasuuntautuneessa terapiassa (VAT) olleiden potilaiden masennusoireet laskivat nopeammin kuin pitkässä psykodynaamisessa psykoterapiassa (PPD) olevilla potilailla (Taulukko 3, Knekt ym. 2008a (Taulukko 3)). Kolmen vuoden seurannan jälkeen tilanne oli kuitenkin päinvastainen, niin että PPD-ryhmässä hoitovaikutus oli suurempi sekä masennus- että ahdistuneisuusoireiden osalta. Tämä PPD:n suurempi vaikutus kuitenkin hävisi kahden seuraavan vuoden aikana, lukuun ottamatta HARS:ia, jolla mitattuna ahdistuneisuusoireiden määrä oli edelleen vähäisempi.

Psykiatristen diagnoosien osalta osoittautui, että niistä potilaista, joilla oli mieliala- tai ahdistuneisuushäiriödiagnoosi hoidon alkaessa, tilastollisesti merkitsevästi suurempi määrä toipui mielialahäiriöstä lyhyissä terapioiden ja ei-merkitsevästi suurempi määrä ahdistuneisuushäiriöstä lyhyessä psykodynaamisessa psykoterapiassa kuin pitkässä psykodynaamisessa psykoterapiassa ensimmäisen seurantavuoden aikana (Kuvio 5a, b). Kolmen vuoden seurannan jälkeen ahdistuneisuushäiriöstä toipuminen oli kuitenkin PPD-ryhmässä nelinkertainen, ja tilastollisesti merkittävästi suurempi, verrattuna lyhyen terapian ryhmiin, kun taas mielialahäiriöstä toipumisessa ei ilmennyt lisähyötyä PPD:n eduksi. Kaikki PPD:n tutkituista psykiatrisista diagnooseista toipumiseen liittyvät lisäedut verrattuna lyhyisiin terapioihin hävisivät kahden seuraavan seurantavuoden aikana. Mitään eroja psykiatrisista diagnooseista toipumisessa lyhyiden terapioiden välillä ei havaittu.

Johtopäätöksenä on, että lyhyiden ja pitkien terapioiden keskinäinen vaikuttavuus psykiatristen oireiden ja diagnoosien osalta riippuu voimakkaasti käytetyn seuranta-ajan pituudesta.

Taulukko 3. Psykiatristen oireiden keskimääräiset tasot (keskivirhe) terapiaryhmissä ja terapiaryhmien väliset tasoerot (95 % luottamusväli) 5 vuoden seurannassa.

Vastemuuttuja	Seuranta-aika (vuotta)	Keskiarvo ¹ (keskivirhe)			Keskiarvojen erotus ² (95% luottamusväli)					
		VAT (N = 97)	LPD (N = 101)	PPD (N = 128)	VAT vs PPD		LPD vs PPD		LPD vs VAT	
BDI	0	18,2 (0,8)	17,9 (0,9)	18,7 (0,7)	0		0		0	
	1	10,7* (1,0)	9,5* (1,0)	12,6* (0,9)	-2,0 (-4,4, +0,5)		-2,7 (-5,1, -0,4)		-0,8 (-3,3, +1,7)	
	2	10,2 (1,1)	9,5 (1,0)	10,0* (0,9)	+0,1 (-2,6, +2,9)		-0,1 (-2,7, +2,5)		-0,2 (-3,1, +2,7)	
	3	10,0 (1,0)	10,3 (1,0)	7,4* (0,8)	+2,5 (+0,0, +0,5)		+3,4 (+1,0, +5,7)		+0,8 (-1,8, +3,5)	
	4	8,7 (1,0)	8,7* (0,9)	6,9 (0,8)	+1,6 (-0,9, +4,1)		+2,2 (-0,2, +4,5)		+0,5 (-2,1, +3,2)	
	5	9,7 (1,0)	8,5 (0,9)	7,6 (0,8)	+2,0 (-0,4, +4,5)		+1,2 (-1,2, +3,5)		-0,9 (-3,4, +1,7)	
P-arvo (aika) ³				<0,001						
P-arvo (ryhmä) ⁴				<0,001						
HDRS	0	15,8 (0,5)	15,4 (0,5)	15,8 (0,4)	0		0		0	
	1	11,4* (0,7)	10,7* (0,6)	12,6* (0,6)	-1,3 (-3,0, +0,4)		-1,8 (-3,5, -0,2)		-0,5 (-2,3, +1,2)	
	3	10,7 (0,7)	11,0 (0,6)	9,1* (0,6)	+1,6 (-0,1, +3,3)		+2,0 (+0,4, +3,7)		+0,4 (-1,3, +2,2)	
	5	10,5 (0,7)	9,1* (0,7)	8,9 (0,6)	+1,5 (-0,3, +3,4)		+0,3 (-1,5, +2,1)		-1,3 (-3,2, +0,6)	
P-arvo (aika) ³				<0,001						
P-arvo (ryhmä) ⁴				<0,001						
SCL-90-Anx	0	1,27 (0,07)	1,26 (0,07)	1,19 (0,06)	0		0		0	
	1	0,91* (0,08)	0,82* (0,07)	0,91* (0,07)	-0,05 (-0,23, +0,12)		-0,13 (-0,30, +0,04)		-0,08 (-0,26, +0,11)	
	2	0,95 (0,09)	0,83 (0,08)	0,78* (0,07)	+0,11 (-0,09, +0,30)		+0,02 (-0,17, +0,20)		-0,09 (-0,30, +0,11)	
	3	0,84 (0,07)	0,83 (0,07)	0,61* (0,06)	+0,18 (-0,01, +0,37)		+0,18 (+0,00, +0,36)		+0,00 (-0,20, +0,20)	
	4	0,76 (0,07)	0,71* (0,06)	0,54 (0,06)	+0,16 (-0,02, +0,33)		+0,13 (-0,04, +0,29)		-0,03 (-0,22, +0,15)	
	5	0,75 (0,07)	0,62 (0,07)	0,57 (0,06)	+0,12 (-0,06, +0,29)		+0,01 (-0,16, +0,18)		-0,10 (-0,29, +0,08)	
P-arvo (aika) ³				<0,001						
P-arvo (ryhmä) ⁴				0,15						

Taulukko 3 jatkuu

Vastemuuttuja	Seuranta-aika (vuotta)	Keskiarvo ¹ (keskivirhe)			Keskiarvojen erotus ² (95% luottamusväli)					
		VAT (N = 97)	LPD (N = 101)	PPD (N = 128)	VAT vs PPD		LPD vs PPD		LPD vs VAT	
HARS	0	14,9 (0,5)	15,0 (0,5)	14,8 (0,5)	0		0		0	
	1	10,7* (0,6)	10,0* (0,6)	11,3* (0,6)	-0,6	(-2,2, +0,9)	-1,4	(-2,9, +0,1)	-0,8	(-2,4, +0,8)
	3	10,2 (0,6)	9,8 (0,6)	8,3* (0,5)	+1,9	(-0,4, -3,4)	+1,4	(-0,0, +2,9)	-0,5	(-2,0, +1,1)
	5	9,9 (0,7)	9,0 (0,7)	8,1 (0,6)	+1,8	(-0,1, -3,6)	+0,9	(-0,9, +2,6)	-0,9	(-2,8, +0,9)
	P-arvo (aika) ³			<0,001						
P-arvo (ryhmä) ⁴				0,005						
SCL-90-GSI	0	1,31 (0,05)	1,27 (0,05)	1,26 (0,05)	0		0		0	
	1	0,89* (0,06)	0,81* (0,06)	0,95* (0,05)	-0,10	(-0,24, +0,04)	-0,15	(-0,28, -0,02)	-0,05	(-0,19, +0,10)
	2	0,94* (0,07)	0,87 (0,07)	0,84* (0,06)	+0,06	(-0,11, +0,22)	+0,02	(-0,14, +0,17)	-0,04	(-0,21, +0,14)
	3	0,87 (0,06)	0,85 (0,06)	0,69* (0,05)	+0,14	(-0,02, +0,30)	+0,15	(-0,01, +0,30)	+0,01	(-0,16, +0,17)
	4	0,80 (0,06)	0,76* (0,06)	0,63 (0,05)	+0,13	(-0,02, +0,28)	+0,12	(-0,03, +0,26)	-0,01	(-0,17, +0,15)
	5	0,77 (0,06)	0,69 (0,06)	0,67 (0,05)	+0,06	(-0,09, +0,20)	+0,01	(-0,13, +0,16)	-0,04	(-0,20, +0,11)
P-arvo (aika) ³				<0,001						
P-arvo (ryhmä) ⁴				0,03						

LPD = Lyhyt psykodynaaminen psykoterapia, PPD = Pitkä psykodynaaminen psykoterapia, VAT = Voimavarasuuntautunut terapia.

* Tilastollisesti merkitsevä muutos verrattuna edelliseen mittauspisteeseen.

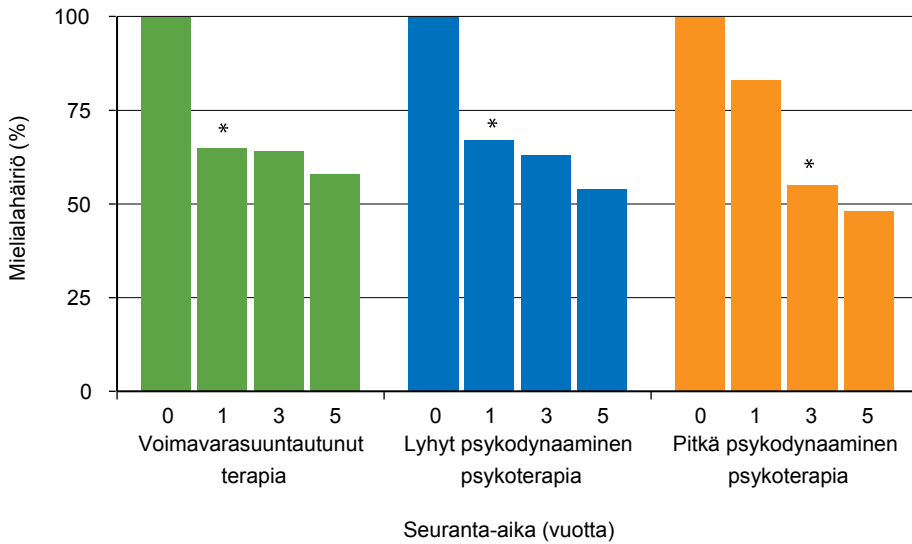
Alleviivatuissa kohdissa terapiaryhmien väliset tasoerot tilastollisesti merkitseviä (P-arvo < 0,05).

¹ Lähtötilanteen oiretason suhteen vakioimaton perusmalli: Oiremuuttuja = terapiaryhmä + mittausajankohta + teoreettisen ja toteutuneen mittausajankohdan erotus + terapiaryhmä * mittausajankohta.

² Lähtötilanteen oiretason suhteen vakioitu perusmalli ¹.

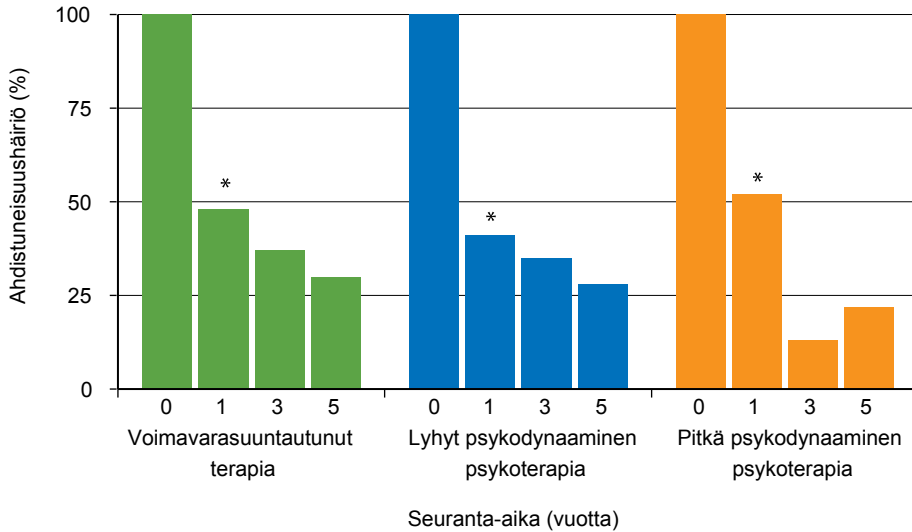
³ Ajassa tapahtuvan tasomuutoksen tilastollinen merkitsevyys (kolme terapiaryhmää yhdistettynä).

⁴ Terapiaryhmien välisten tasoerojen tilastollinen merkitsevyys (yli eri seuranta-aikapisteiden).



* Tilastollisesti merkitsevä muutos suhteessa edelliseen mittauspisteeseen

Kuvio 5a. Tutkimuksen alussa diagnosoitujen potilaiden toipuminen mielialahäiriöstä 5 vuoden seurannan aikana (N = 314).



* Tilastollisesti merkitsevä muutos suhteessa edelliseen mittauspisteeseen

Kuvio 5b. Tutkimuksen alussa diagnosoitujen potilaiden toipuminen ahdistuneisuushäiriöstä 5 vuoden seurannan aikana (N = 156).

3.2.2 Työ- ja opiskelukyky

Työkyky

Kahden lyhyen terapian ja pitkän terapian vaikuttavuutta työkykyyn 5 vuoden seurannassa tutkittiin käyttämällä kolmea ensisijaista kyselyyn perustuvaa työkykymittaria, työkykyindeksiä (Work Ability Index, WAI), SAS-SR-kyselyn (Social Adjustment Scale, Self-Report) työ-ala-asteikkoa (SAS-Työ) ja koetun psyykkisen toimintakyvyn asteikkoa (Perceived Psychological Functioning scale, PPF), ja kolmea toissijaista työkykymittaria, haastatteluun perustuvaa psykososiaalisen toimintakyvyn arviota (Global Assessment of Functioning, GAF), itseraportoitua tietoa ajankohtaisesta työ- tai opiskelutilanteesta ja sairauspoissaolopäivien lukumäärästä (Taulukko 4). Näitä menetelmiä pidettiin olennaisina toimintakyvyn indikaattoreina ja niiden odotettiin reagoivan erilaisiin hoitovaikutuksiin.

Kaikissa kolmessa hoitoryhmässä ilmeni merkittävä paraneminen WAI-, PPF- ja SAS-Työ -arvoissa 5 vuoden seurannan aikana. WAI ja PPF paranivat tilastollisesti merkitsevästi ja SAS-Työ ei-merkitsevästi enemmän LPD:n kuin PPD:n ryhmässä ensimmäisenä seurantavuotena, PPF:n arvot jo ensimmäisten 7 kuukauden seurannan aikana (Taulukko 4, Knekt ym. 2008b (Taulukko 2)). Yhdenmukaisesti psykiatriisiin oireisiin liittyvien löydösten kanssa, PPD oli tilastollisesti merkitsevästi vaikuttavampi kuin LPD kaikkien kolmen ensisijaisen tulostittarin osalta 3 vuoden seurannassa. Oirelöydöksistä poiketen tämä vaikutus kuitenkin säilyi 5 vuoden seurannan loppuun asti. Erot VAT:n ja PPD:n välillä olivat samansuuntaisia, mutta eivät tilastollisesti merkitseviä.

Toissijaisista tulostittareista GAF parani enemmän lyhyissä terapioissa kuin PPD:ssa ensimmäisen seurantavuoden aikana. Kolmen vuoden seurantapisteessä PPD oli kuitenkin vaikuttavampi, eikä 5 vuoden seurannan lopussa ilmennyt eroja lyhyen ja pitkän terapian välillä. Niiden potilaiden prosentuaalinen osuus, joilla oli yli 7 sairauspoissaolopäivää edellisten 3 kuukauden aikana, väheni tilastollisesti merkitsevästi lyhyissä terapioissa, joissa se tosin alun perinkin näytti olevan korkeammalla tasolla, mutta lyhyiden terapioiden ja pitkän terapian väliset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Myöskään työssä tai opiskelemassa olevien potilaiden suhteellisessa määrässä ei löytynyt mitään mainittavia eroja kolmen terapia-ryhmän välillä.

Mitään tilastollisesti merkitseviä eroja kahden lyhyen terapian välillä ei havaittu missään mittauspisteessä 5 vuoden seurannan aikana minkään työkykymittarin osalta kokonaisaineistossa (Taulukko 4) eikä hoidon alussa mielialahäiriöstä tai ahdistuneisuushäiriöstä kärsineiden osa-aineistoissa (Knekt ym. 2010a (Taulukot 5–6)).

Taulukko 4. Työ- ja toimintakyvyn keskimääräiset tasot (keskivirhe) eri terapiaryhmissä ja terapiaryhmien väliset tasoerot (95 % luottamusväli) 5 vuoden seurannassa.

Vastemuuttuja	Seuranta-aika (vuotta)	Keskiarvo ¹ (keskivirhe)						Keskiarvojen erotus ² (95% luottamusväli)					
		VAT (N = 97)		LPD (N = 101)		PPD (N = 128)		VAT vs PPD		LPD vs PPD		LPD vs VAT	
Työkykyindeksi (WAI)	0	33,5	(0,7)	34,1	(0,7)	33,4	(0,6)	0		0		0	
	1	37,6*	(0,8)	37,8*	(0,7)	37,0*	(0,7)	+0,7	(-1,2, +2,6)	+0,6	(-1,3, +2,4)	-0,1	(-2,1, +1,8)
	2	38,0	(0,8)	38,6	(0,8)	39,3*	(0,7)	-1,3	(-3,3, +0,7)	-0,9	(-2,8, +0,9)	+0,4	(-1,7, +2,5)
	3	38,1	(0,9)	37,7	(0,8)	39,4	(0,7)	-1,3	(-3,4, +0,8)	<u>-2,1</u>	<u>(-4,1, -0,0)</u>	-0,8	(-3,0, +1,4)
	4	38,5	(0,8)	38,8*	(0,8)	40,2	(0,7)	-1,6	(-3,7, +0,5)	-1,6	(-3,6, +0,4)	+0,0	(-2,2, +2,2)
	5	38,5	(0,9)	37,3*	(0,8)	39,9	(0,7)	-1,3	(-3,4, +0,9)	<u>-2,8</u>	<u>(-4,9, -0,7)</u>	-1,5	(-3,8, +0,8)
P-arvo (aika) ³							<0,001						
P-arvo (ryhmä) ⁴							0,01						
SAS-Työ	0	2,21	(0,06)	2,13	(0,06)	2,23	(0,05)	0		0		0	
	1	1,95*	(0,06)	1,91*	(0,06)	2,01*	(0,06)	-0,07	(-0,22, +0,08)	-0,06	(-0,21, +0,09)	+0,02	(-0,14, +0,17)
	2	1,93	(0,07)	1,88	(0,06)	1,87*	(0,06)	+0,06	(-0,11, +0,22)	+0,05	(-0,10, +0,21)	-0,00	(-0,17, +0,17)
	3	1,87	(0,07)	1,88	(0,06)	1,74*	(0,06)	+0,13	(-0,03, +0,30)	<u>+0,20</u>	<u>(+0,04, +0,36)</u>	+0,07	(-0,10, +0,24)
	4	1,82	(0,06)	1,81	(0,05)	1,73	(0,05)	+0,09	(-0,06, +0,23)	+0,13	(-0,01, +0,27)	+0,04	(-0,11, +0,19)
	5	1,82	(0,06)	1,80	(0,06)	1,81	(0,05)	+0,01	(-0,15, +0,17)	+0,04	(-0,11, +0,20)	+0,03	(-0,14, +0,20)
P-arvo (aika) ³							<0,001						
P-arvo (ryhmä) ⁴							0,15						
Koetun psyykkisen toimintakyvyn asteikko (PPF)	0	25,5	(0,5)	24,7	(0,5)	25,4	(0,5)	0		0		0	
	1	20,8*	(0,7)	20,6*	(0,6)	21,9*	(0,6)	-1,3	(-3,0, +0,3)	-1,2	(-2,8, +0,4)	+0,2	(-1,5, +1,8)
	2	21,6	(0,7)	20,8	(0,7)	20,0*	(0,6)	+1,4	(-0,4, +3,2)	+1,0	(-0,7, +2,7)	-0,4	(-2,3, +1,5)
	3	20,6	(0,6)	20,7	(0,6)	19,0*	(0,5)	+1,4	(-0,2, +2,9)	<u>+2,0</u>	<u>(+0,5, +3,5)</u>	+0,6	(-1,0, +2,2)
	4	19,8	(0,6)	20,1	(0,6)	18,6	(0,5)	+1,1	(-0,5, +2,7)	+1,8	(+0,3, +3,2)	+0,7	(-1,0, +2,3)
	5	20,4	(0,6)	20,6	(0,6)	19,0	(0,5)	+1,2	(-0,5, +2,8)	<u>+1,7</u>	<u>(+0,1, +3,3)</u>	+0,6	(-1,2, +2,3)
P-arvo (aika) ³							<0,001						
P-arvo (ryhmä) ⁴							0,001						

Taulukko 4 jatkuu

Vastemuuttuja	Seuranta-aika (vuotta)	Keskiarvo ¹ (keskivirhe)						Keskiarvojen erotus ² (95% luottamusväli)					
		VAT (N = 97)		LPD (N = 101)		PPD (N = 128)		VAT vs PPD		LPD vs PPD		LPD vs VAT	
Psykososiaalinen toimintakyky (GAF)	0	55,9	(0,8)	54,3	(0,7)	55,5	(0,7)	0		0		0	
	1	65,4*	(1,3)	65,4*	(1,2)	62,6*	(1,1)	+2,7	(-0,5, +5,9)	+3,1	(+0,0, +6,3)	+0,4	(-2,9, +3,8)
	3	67,0	(1,3)	66,5	(1,3)	70,1*	(1,2)	-3,2	(-6,6, +0,2)	-3,2	(-6,5, +0,1)	+0,1	(-3,5, +3,6)
	5	68,7	(1,5)	70,4*	(1,4)	71,3	(1,3)	-2,7	(-6,4, +1,0)	-0,5	(-4,2, +3,2)	+2,2	(-1,7, +6,2)
P-arvo (aika) ³							<0,001						
P-arvo (ryhmä) ⁴							0,02						
Työssä tai opiskelee (%)	0	83,1	(4,0)	85,1	(3,9)	75,6	(3,5)	0		0		0	
	1	87,1	(4,3)	79,7	(4,1)	76,4	(3,7)	+8,5	(-2,3, +19,3)	+0,6	(-9,9, +11,0)	-7,9	(-19,2, +3,4)
	2	80,6	(5,1)	82,3	(4,5)	81,6	(3,9)	-3,9	(-16,4, +8,6)	-2,9	(-14,6, +8,7)	+0,9	(-12,3, +14,2)
	3	77,8	(4,9)	80,7	(4,5)	76,8	(4,0)	-0,8	(-13,0, +11,3)	+1,0	(-10,5, +12,6)	+1,9	(-10,8, +14,6)
	4	81,2	(5,1)	78,1	(4,6)	78,4	(4,0)	-0,2	(-12,9, +12,6)	-3,1	(-15,0, +8,8)	-2,9	(-16,4, +10,5)
	5	83,6	(4,4)	84,1	(4,2)	82,3	(3,7)	-0,3	(-11,7, +11,1)	-1,5	(-12,6, +9,5)	-1,2	(-13,3, +10,9)
P-arvo (aika) ³							0,26						
P-arvo (ryhmä) ⁴							0,92						
Yli 7 sairauspoissaolopäivää 3 kuukauden aikana (%)	0	23,2	(5,3)	19,7	(5,1)	16,4	(4,7)	0		0		0	
	1	11,6*	(4,5)	9,2*	(4,4)	15,8	(4,7)	-3,0	(-16,6, +10,6)	-6,9	(-20,2, +6,5)	-3,9	(-17,1, +9,3)
	2	10,4	(5,2)	21,2	(4,7)	8,9	(4,2)	+7,3	(-6,8, +21,3)	+12,3	(-1,1, +25,7)	+5,0	(-9,9, +20,0)
	3	20,3	(4,8)	10,8*	(4,3)	9,4	(4,2)	+13,3	(-0,8, +27,4)	-0,4	(-13,2, +12,5)	-13,7	(-27,9, +0,6)
	4	10,8	(4,5)	8,0	(3,9)	7,0	(3,9)	+2,8	(-9,8, +15,4)	+1,2	(-10,7, +13,1)	-1,6	(-14,5, +11,3)
	5	14,2	(3,9)	10,6	(3,9)	5,1	(3,4)	+7,0	(-4,0, +18,0)	+5,1	(-5,9, +16,1)	-1,9	(-13,5, +9,6)
P-arvo (aika) ³							0,02						
P-arvo (ryhmä) ⁴							0,72						

LPD = Lyhyt psykodynaaminen psykoterapia, PPD = Pitkä psykodynaaminen psykoterapia, VAT = Voimavarasuuntautunut terapia.

* Tilastollisesti merkitsevä muutos verrattuna edelliseen mittauspisteeseen.

Alleviivatuissa kohdissa terapiaryhmien väliset tasoerot tilastollisesti merkitseviä (P-arvo < 0,05).

¹ Lähtötilanteen työ- tai toimintakyvyn tason suhteen vakioimaton perusmalli: Työ- tai toimintakyky muuttaja = terapiaryhmä + mittausajankohta + teoreettisen ja toteutuneen mittausajankohdan erotus + terapiaryhmä * mittausajankohta.

² Lähtötilanteen työ- tai toimintakyvyn tason suhteen vakioitu perusmalli¹.

³ Ajassa tapahtuvan tasomuutoksen tilastollinen merkitsevyys (kolme terapiaryhmää yhdistettynä).

⁴ Terapiaryhmien välisten tasorojen tilastollinen merkitsevyys (yli eri seuranta-aikapisteiden).

Opiskelukyky

Opiskelukyvyn arviointi perustui itseraportoituun tietoon ammatilliseen pätevyteen tai akateemiseen tutkintoon tähtäävien opintojen tilasta ja edistymisestä. Samoin kuin edellä työkykyä arvioineissa menetelmissä tapahtuneita muutoksia, opintojen valmistumista tai keskeyttämistä ja niiden valmistumiseen tarvittavaa aikaa pidettiin indikaattoreina muutoksista toimintakyvyssä.

Kolmeen terapiaryhmään satunnaistetuista 326 potilaasta kaikkiaan 86 (26 %) opiskeli alkututkimuksen ajankohtana (Taulukko 2). Opiskelijoiden esiintyvyys ei eronnut VAT:n (20 %), LPD:n (32 %) ja PPD:n (27 %) välillä tilastollisesti merkitsevästi (P-arvo = 0,17). Opintojen kesto alkututkimukseen mennessä oli vastaavasti 29, 44 ja 48 kuukautta (P-arvo = 0,14). Myöskään yliopisto- tai korkeakouluopiskelijoiden prosentuaalisessa osuudessa ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja näiden hoitoryhmien välillä (P-arvo = 0,36).

Viiden vuoden seurannan aikana kaikkiaan 52–58 % alkututkimuksessa opiskelleista potilaista valmistui. Mitään tilastollisesti merkitseviä eroja hoitoryhmien välillä ei havaittu (P-arvo = 0,90). Opintojen keskeyttäminen oli ei-merkitsevästi (P-arvo = 0,64) vähäisempää PPD:n ryhmässä (16 %) kuin LPD:n (20 %) tai VAT:n (29 %) ryhmässä. Opintojen kesto valmistuneilla vaihteli ei-merkitsevästi 64–70 kuukauden välillä. Vaikka vain 38 % valmistuneista VAT-potilaista ja kaikkiaan 58 % valmistuneista LPD-potilaista oli yliopisto- tai korkeakouluopiskelijoita, mitään merkitseviä eroja hoitoryhmien välillä ei ollut (P-arvo = 0,68).

Tutkittaessa tarkemmin opintojen valmistumista ja keskeyttämistä mittauspisteittäin osoittautui, että valmistuminen oli yleisempää ensimmäisenä seurattavuotena VAT:n ryhmässä (25 %) kuin PPD:n tai LPD:n ryhmässä (13 % ja 14 %, vastaavasti) (Taulukko 5). Opintojen keskeyttäminen oli vähäisempää PPD:n ryhmässä kuin lyhyiden terapioiden ryhmässä 3 vuoden seurantapisteestä alkaen. Mikään näistä eroista ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä.

Opintojen valmistuminen oli epätodennäköisempää VAT:ssa (suhteellinen riski (RR) = 0,6) ja LPD:ssä (RR = 0,9) verrattuna PPD:aan. Vastaavasti opintojen keskeyttäminen oli yleisempää (RR = 1,3) kummassakin lyhyen terapian ryhmässä verrattuna PPD:aan. Nämä tulokset viittaavat siihen, että PPD:n seurauksena opiskelukyky parantuisi enemmän kuin lyhyen terapian ryhmässä, koska pitkässä terapiassa opintojen valmistuminen oli yleisempää ja opintojen keskeyttäminen vähäisempää. Mikään näistä eroista ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä.

Taulukko 5. Valmistuneiden ja keskeytyneiden opintojen esiintyvyys 5 vuoden seurannassa.

	Seuranta-aika (vuotta)	Keskiarvo			Keskiarvojen erotus (95% luottamusväli)					
		VAT	LPD	PPD	VAT vs PPD		LPD vs PPD		LPD vs VAT	
Valmistuneet	1	25,0	13,7	12,5	+12,5	(-9,2, +34,2)	+1,2	(-17,0, +29,5)	-11,3	(-33,4, +10,9)
opinnot (%)	2	31,3	20,9	25,0	+6,3	(-19,6, +32,1)	-4,1	(-26,0, +17,7)	-10,4	(-36,9, +16,1)
	3	39,0	33,5	34,4	+4,6	(-24,4, +33,6)	-0,9	(-25,3, +23,5)	-5,5	(-35,4, +24,5)
	4	53,9	41,9	44,2	+9,7	(-20,7, +40,1)	-2,4	(-27,9, +23,2)	-12,1	(-43,6, +19,4)
	5	54,4	50,2	57,3	-2,9	(-33,5, +27,8)	-7,1	(-32,7, +18,8)	-4,2	(-35,9, +27,4)
P-arvo (aika) ¹				<0,001						
P-arvo (ryhmä) ²				0,93						
Keskeytyneet	1	0,0	0,5	3,1	-3,1	(-10,0, +3,7)	-2,6	(-8,4, +3,2)	+0,5	(-6,5, +7,5)
opinnot (%)	2	6,3	1,6	6,3	+0,0	(-11,9, +11,9)	-4,7	(-14,8, +5,4)	-4,7	(-16,9, +7,6)
	3	20,5	9,6	6,2	+14,3	(-3,6, +32,2)	+3,3	(-11,7, +18,4)	-11,0	(-29,5, +7,6)
	4	27,7	15,3	9,5	+18,3	(-3,4, +39,9)	+5,8	(-12,3, +23,9)	-12,5	(-34,9, +9,9)
	5	27,8	15,8	12,7	+15,0	(-7,9, +37,9)	+3,1	(-16,1, +22,2)	-12,0	(-35,7, +11,8)
P-arvo (aika) ¹				0,006						
P-arvo (ryhmä) ²				0,59						

LPD = Lyhyt psykodynaaminen psykoterapia, PPD = Pitkä psykodynaaminen psykoterapia, VAT = Voimavarasuuntautunut terapia.

¹ Ajassa tapahtuvan tasomuutoksen tilastollinen merkitsevyys (kolme terapiaryhmää yhdistettynä).

² Terapiaryhmien välisten taserojen tilastollinen merkitsevyys (yli eri seuranta-aikapisteidien).

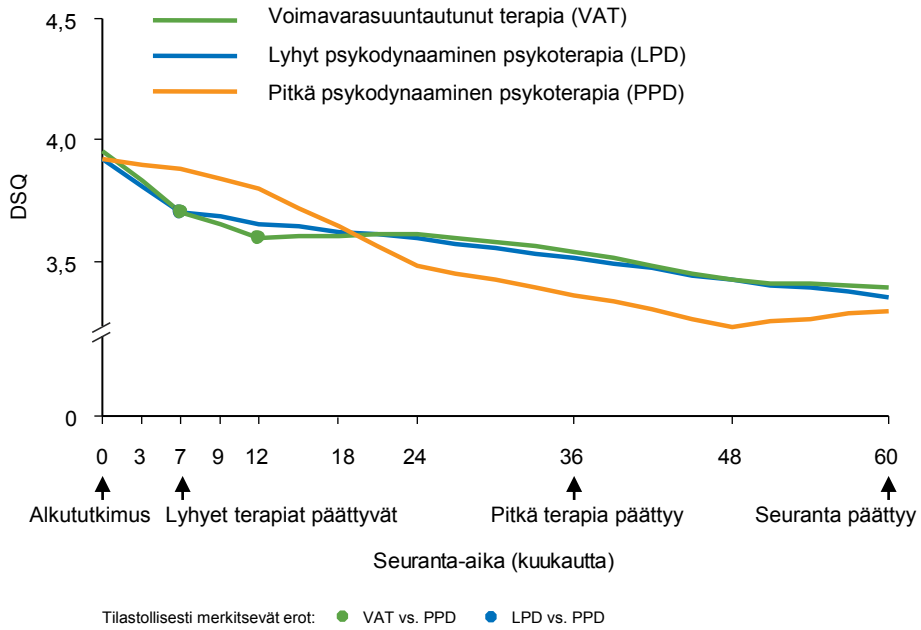
3.2.3 Persoonallisuuden toiminta

Lyhyiden terapioiden ja pitkän terapian vaikuttavuutta persoonallisuuden toimintaan tutkittiin käyttämällä kahta itseraportoitua kyselyä, puolustusmekanismikyselyä (Defense Style Questionnaire, DSQ, epäkypsä defenssittyli) ja minäkuva-kyselyä (Structural Analysis of Social Behavior questionnaire, SASB, minäkuvan myönteisyys). DSQ mittaa yleistä taipumusta epäkypsään käyttäytymiseen ja SASB minäkuvan laatua jatkumolla myönteisestä kielteiseen. Epäkypsien puolustusmekanismien odotettiin vähenevän seuranta-aikana terapian tuloksellisuuden seurauksena. Vastaavasti minäkuvan muuttumista myönteisemmäksi pidettiin kaikkien terapioiden tavoitteena, osoittaen parantunutta kykyä itsensä asianmukaiseen arvostamiseen. Kummankin mittarin arvojen parantumisen uskottiin olevan yhteydessä vähäisempään mielenterveyden ongelmien uusiutumisen riskiin.

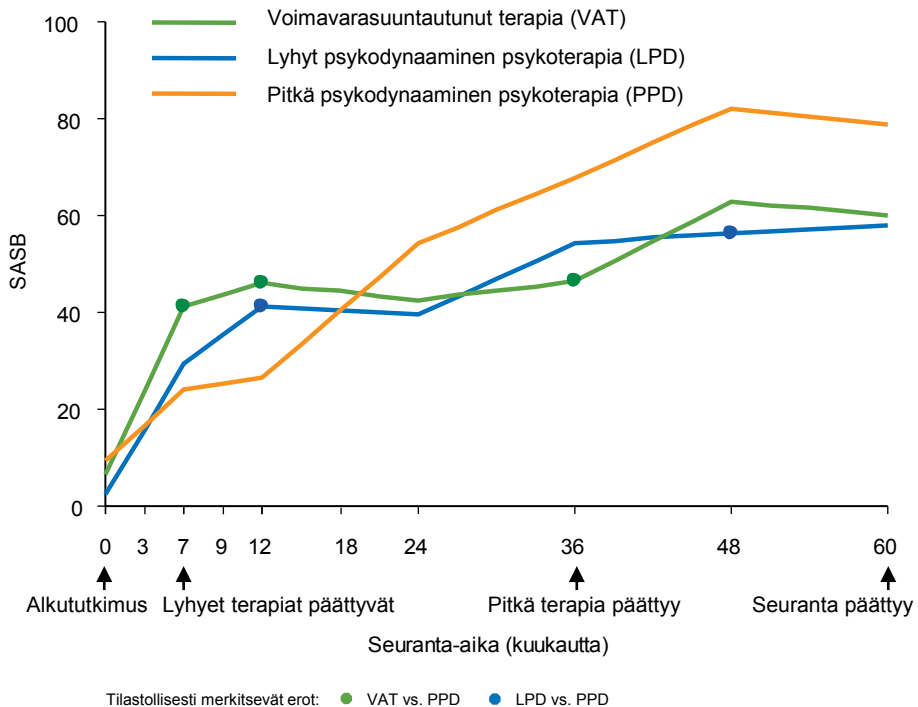
Kummallakin menetelmällä mitattuna havaittiin kaikissa terapiaryhmissä tilastollisesti merkitsevä myönteinen muutos 5 vuoden seurannan aikana: epäkypsien puolustusmekanismien väheneminen (Kuvio 6a) ja minäkuvan myönteisyyden lisääntyminen (Kuvio 6b). Lyhyissä terapioiden epäkypsien puolustusmekanismien merkittävä väheneminen tapahtui jo ensimmäisenä seurantavuotena ja pitkässä terapiassa toisena seurantavuotena. Muutokset minäkuvan myönteisyydessä tulivat esille hitaammin, ja terapian päättymisen jälkeisiä muutoksia havaittiin kaikissa terapiaryhmissä. Lyhyen terapian ryhmissä persoonallisuuden toiminta parani molempien kyselyiden mukaan enemmän ensimmäisenä seurantavuotena kuin pitkässä terapiassa. Myöhemmin, 3–4 vuoden seurannan jälkeen, PPD-ryhmässä havaittiin tilastollisesti merkitsevästi enemmän minäkuvan myönteisyyden lisääntymistä kuin lyhyen terapian ryhmissä ja tämä ero säilyi lähes merkitsevästi 5 vuoden seurannan loppuun asti. Epäkypsien puolustusmekanismien osalta ei havaittu vastaavia merkittäviä eroja myöhäisemmissä seurantapisteissä. Mitään eroja persoonallisuuden toiminnan muutoksissa ei havaittu lyhyiden terapioiden välillä missään seurantapisteessä.

3.2.4 Yhteenveto vaikuttavuuden muutoksista seuranta-aikana

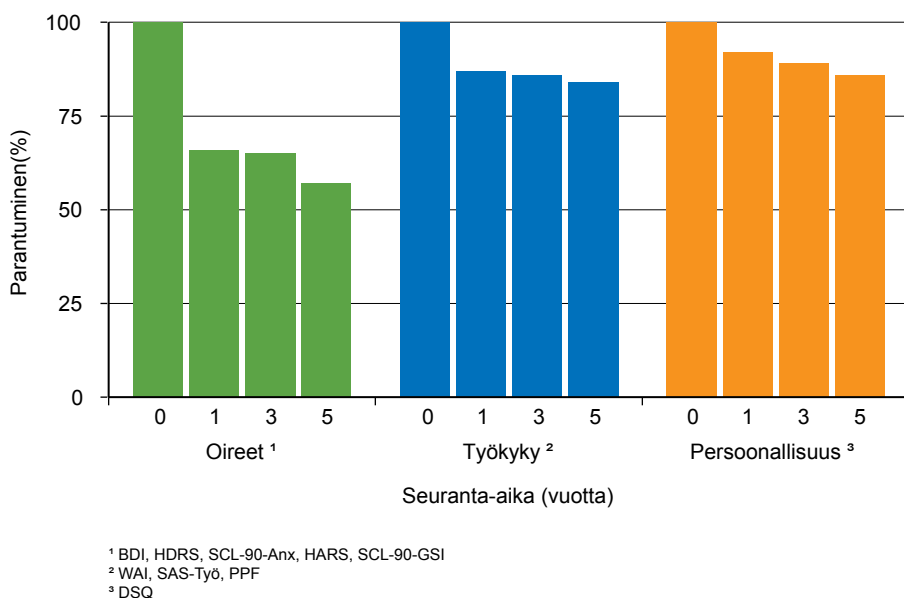
Kaiken kaikkiaan oireiden ja työkyvyn osalta havaittiin kaikissa kolmessa terapiaryhmässä tilastollisesti merkitsevä myönteinen muutos verrattuna lähtötilanteeseen jo yhden vuoden seurannan aikana (lyhyissä terapioiden oireet laskivat 29–44 % ja pitkässä terapiassa 20–33 % ja vastaavasti työkyky parani 11–18 % ja 10–14 % ensisijaisilla oire- ja työkykymittareilla mitattuna) (Kuvio 7a, b). Myöhempiä tilastollisesti merkitseviä muutoksia havaittiin pitkässä psykodynaamisessa psykoterapiassa (3 vuoden seurannan jälkeen oireet olivat laskeneet 42–60 % ja työkyky parantunut 18–25 %), mikä kuvastanee vakaata toipumista pitkäaikaisen hoitoprosessin aikana, mutta myös lyhyessä psykodynaamisessa psykoterapiassa aina 5 vuoden seurantaan asti, mikä mahdollisesti kuvastaa terapian päättymisen jälkeistä muutosprosessin jatkumista. Persoonallisuuden toiminnan paraneminen, erityisesti minäkuvan



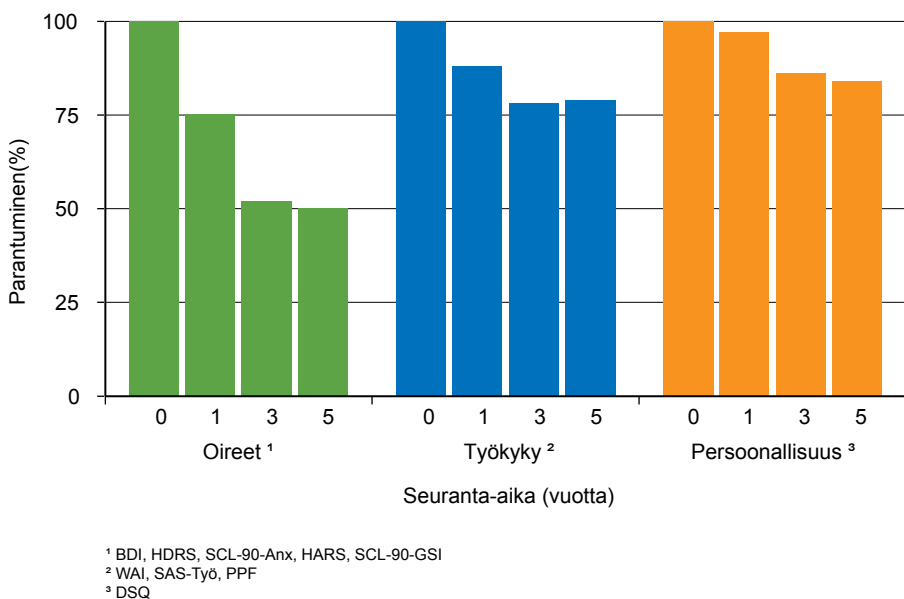
Kuvio 6a. Muutos epäkypsiä puolustusmekanismien (DSQ) tasossa 5 vuoden seurannan aikana.



Kuvio 6b. Muutos minäkuvan myönteisyyden (SASB) tasossa 5 vuoden seurannan aikana.



Kuvio 7a. Eri vastemittareilla mitattu keskimääräinen parantuminen (%) tutkimuksen alusta lyhyissä tera-
pioissa 5 vuoden seurannan aikana.



Kuvio 7b. Eri vastemittareilla mitattu keskimääräinen parantuminen (%) tutkimuksen alusta pitkässä tera-
piassa 5 vuoden seurannan aikana.

myönteisyyden osalta, vaikutti kuitenkin olevan hitaampaa, ja merkittäviä muutoksia havaittiin tyypillisesti vasta useiden vuosien seurannan jälkeen.

Yleisesti ottaen eripituisten terapioiden tuloksellisuuden vertailu osoitti lyhyiden terapioiden yhden vuoden seurannassa tuottavan pitkiä terapioita nopeammin hyötyä käytännöllisesti katsoen kaikkien tutkittujen tuloksellisuusmittareiden valossa, kun taas pitkällä tähtäimellä 3 vuoden seurannassa PPD tuotti enemmän hyötyä kuin lyhyet terapiat. Nämä erot PPD:n eduksi kuitenkin heikentyivät 5 vuoden seurannan loppuun mennessä, niin ettei monikaan niistä enää ollut tilastollisesti merkitsevä.

3.2.5 Kustannusvaikuttavuus

Tässä raportissa esitetään alustavia tuloksia käynnissä olevasta lyhyiden ja pitki- en terapioiden terveystaloudellisesta kustannusvaikuttavuusarviointista 5 ensimmäisen seurantavuoden aikana. Terapioiden vaikuttavuusindikaattorina käytetään Beckin masennusoirekyselyä ja kustannusmuuttujana mielenterveyden ongelmien hoitoon liittyviä suoria kustannuksia, jotka muodostuvat tutkimusterapian, muun psykoterapian, psykiatrisen avohoidon, psyykenlääkkeiden käytön, psykiatrisen sairaalahoidon ja terapian matkakulujen kustannuksista (Taulukko 6).

Taulukko 6. Mielenterveyshäiriöistä johtuvat suorat kustannukset (€)¹ eri terapiaryhmissä 5 vuoden seurannassa².

Kustannuserä	VAT (n = 97)			LPD (n = 101)			PPD (n = 128)		
	Keski- arvo	10 %–90 % kvintiilit (max)		Keski- arvo	10 %–90 % kvintiilit (max)		Keski- arvo	10 %–90 % kvintiilit (max)	
Tutkimusterapia	1 578	500–2 000	(2 500)	1 152	739–1483	(1 662)	11 721	0–22 726	(25 979)
Muu psykoterapia	4 442	0–16 647	(45 885)	4 632	0–13 751	(45 582)	936	0–3 388	(29 365)
Psykiatrinen avohoito ³	681	0–1 888	(6 180)	1 518	0–3 280	(18 410)	1 108	0–3 962	(12 551)
Psyykenlääkkeiden käyttö	543	0–1 930	(7 322)	671	0–1 987	(4087)	524	0–1 873	(5 975)
Psykiatrinen sairaalahoido	186	0–0	(17 684)	418	0–0	(18 621)	696	0–0	(26 595)
Terapian matkakustannukset	108	0–210	(3 240)	121	0–341	(1024)	663	0–1 554	(7 406)
Suorat kustannukset yhteensä	7 299	1 921–20 268	(31 216)	6 505	1 291–16 105	(35 524)	19 813	9 723–32 290	(42 767)

LPD = Lyhyt psykodynaaminen psykoterapia, PPD = Pitkä psykodynaaminen psykoterapia, VAT = Voimavarasuuntautunut terapia.

¹ Kaikki kustannukset muunnettiin vuoden 2006 hintatasolle käyttäen Tilastokeskuksen estimoituja virallisia hintaindeksejä. Koska seuranta oli pitkä (5 vuotta), kustannukset diskontattiin käyttäen 3 %:n vuosittaista diskonttokorkoa.

² Taulukon luvut on laskettu havaittujen arvojen perusteella, joten puuttuvien tietojen vuoksi ”Suorat kustannukset yhteensä” -luvut eivät ole laskettavissa yksittäisten kustannuserien luvuista.

³ Terveyskeskus, työterveyshuolto, mielenterveystoimisto, sairaalan avohoitoklinikka, yksityinen lääkäri jne.

Vaikka lyhyiden terapioiden ja pitkän terapian vaikuttavuudessa on tiettyjä mitauspistekohtaisia eroja (Kuvio 8a), ei niiden keskimääräisessä vaikuttavuudessa 5 vuoden seurannassa ole kuitenkaan mainittavia eroja (lyhyen ja pitkän terapian vaikuttavuuskäyrien alle jäävät pinta-alat ovat samankokoiset), ja siksi niiden kustannusvaikuttavuutta arvioitiin soveltamalla kustannusten minimointianalyysia, jossa vertaillaan vain eri terapiaryhmien välisiä kustannuksia. Psykkisistä häiriöistä johtuvat keskimääräiset suorat kustannukset 5 vuoden seurannassa olivat PDD-ryhmässä (19 813 euroa) noin kolminkertaiset verrattuna lyhyen terapian ryhmiin (6 505 euroa LPD-ryhmässä ja 7 299 euroa VAT-ryhmässä) (Taulukko 6). Erot kustannuksissa johtuivat pääasiassa tutkimusterapioiden kustannuksista. Molemmissa lyhyen terapian ryhmissä muiden kuin tutkimusterapiaan kuuluneiden terapiakäyntien kustannukset ylittävät kuitenkin huomattavasti tutkimusterapioista aiheutuneet kustannukset, ollen jopa viisinkertaisia verrattuna pitkän terapian ryhmässä otettujen muiden terapiakäyntien kustannuksiin. Muiden kustannuserien osalta erot lyhyiden terapioiden ja pitkän terapian välillä olivat kuitenkin melko pieniä. Erot kahden lyhyen terapian välisissä kustannuksissa olivat puolestaan melko pieniä lähes kaikkien kustannuserien osalta.

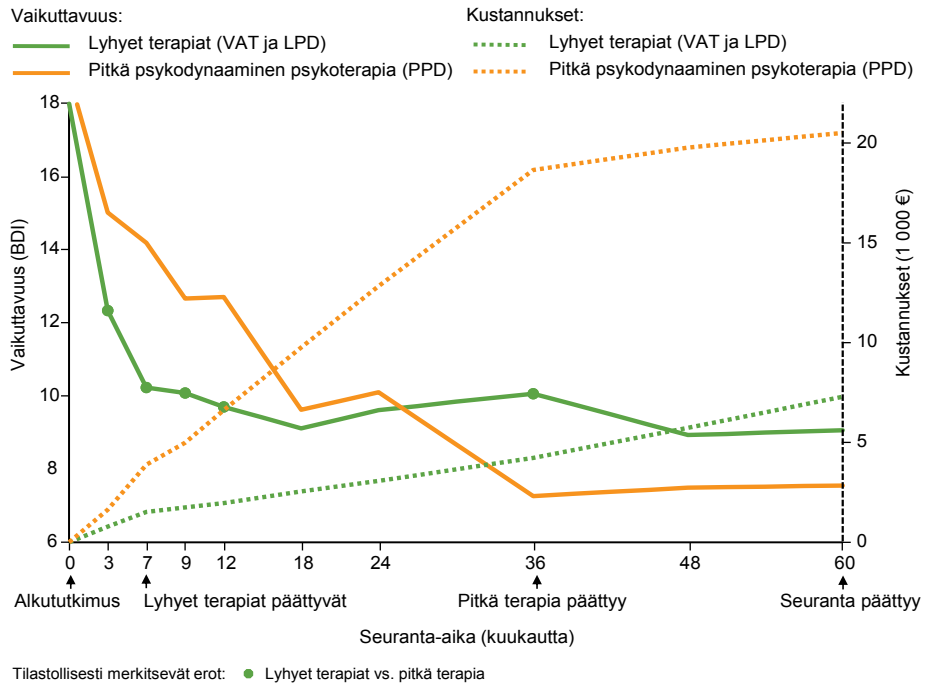
Kahden lyhyen terapian kustannukset kehittyivät hyvin samalla tavalla ja jakautuivat melko tasaisesti 5 vuoden seurannan ajalle (Kuvio 8b). Kustannusten kehittyminen pitkässä terapiassa oli puolestaan hyvin erilainen (Kuvio 8a). Ensimmäisten kolmen seurantavuoden aikana, kun pitkä terapia oli käynnissä, kustannukset kasvoivat nopeasti ja tasaisesti, mutta kahden viimeisen seurantavuoden aikana kustannusten kasvu oli paljon hitaampaa, ollen siten myös hitaampaa kuin lyhyen terapian ryhmissä.

3.3 Kvasikokeellinen tutkimus

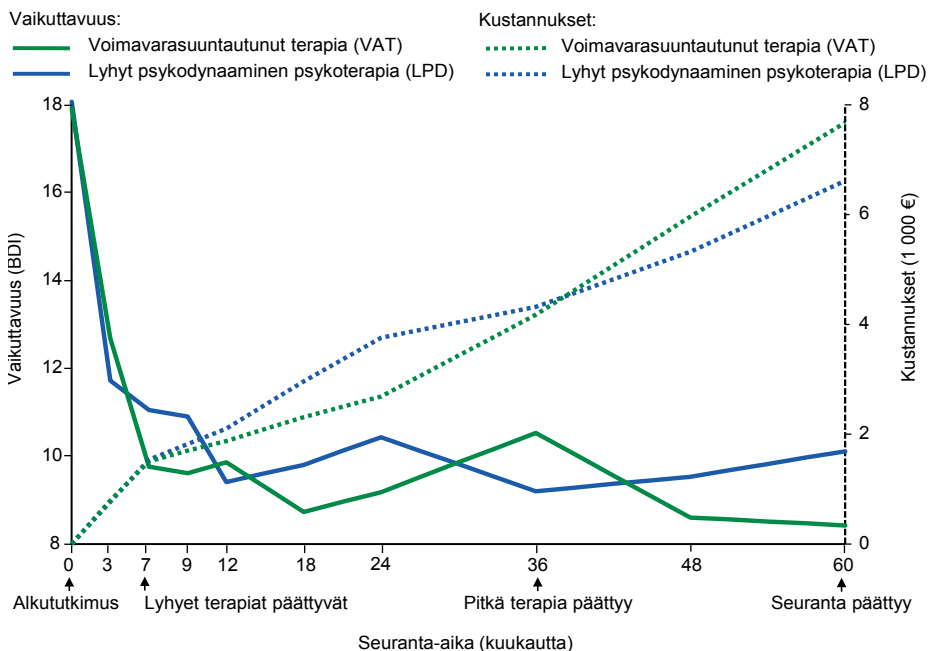
Tässä esitetään tulokset muun psykiatrisen hoidon tarpeesta sekä oireiden ja työkyvyn kehittymisen eroista kolmen terapiaryhmän ja psykoanalyysiryhmän (PA) välillä 5 vuoden seurannassa kvasikokeelliseen tutkimusasetelmaan perustuen.

3.3.1 Hoidon tarve

Viiden vuoden seurannan aikana mielialahäiriön diagnoosi poistui 49 %:lta ja ahdistuneisuushäiriön diagnoosi noin 71 %:lta potilaista, jotka alkuarvioinnissa kärsivät kyseisestä häiriöstä. Tätä toipumista voi osaltaan selittää potilaiden tutkimushoidon lisäksi seuranta-aikana käyttämä muu hoito. Tämän vuoksi selvitimme muiden psykiatristen hoitojen käyttöä tutkimushoitojen aikana ja niiden jälkeen ja käytimme sitä tutkimushoitojen riittävyuden indikaattorina. Muuta hoitoa – säännöllistä psyykenlääkkeiden käyttöä (masennuslääkkeet, rauhoittavat tai unilääkkeet, psykoosilääkkeet tai psykiatriset yhdistelmälääkkeet), psykoterapiaa (lyhyttä tai pitkää yksilöterapiaa, ryhmä-, pari- tai perheterapiaa) tai sairaalahoitoa (psykiatrisessa sairaalassa tai itsemurhayrityksen tai muun mielenterveydellisen syyn takia muussa sairaalassa) – arvioitiin kyselyin, haastatteluin ja käyttämällä kansallisia terveysrekisteritietoja.



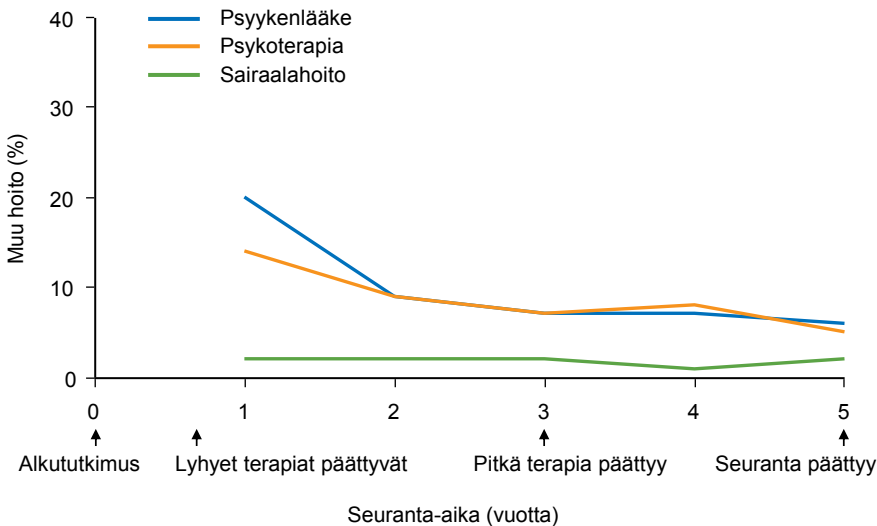
Kuvio 8a. Lyhyiden ja pitkän terapian vaikuttavuus (BDI) sekä niistä ja niiden lisäksi mahdollisesti otetuista muista hoidoista aiheutuneet keskimääräiset suorat kustannukset 5 vuoden seurannan aikana.



Kuvio 8b. Lyhyiden terapioiden vaikuttavuus (BDI) sekä niistä ja niiden lisäksi mahdollisesti otetuista muista hoidoista aiheutuneet keskimääräiset suorat kustannukset 5 vuoden seurannan aikana.

Muun hoidon ilmaantuvuus seuranta-aikana

Tutkimuksen valintakriteerien mukaisesti kukaan potilaista ei ollut alkututkimuksen aikana psykoterapia- tai sairaalahoidossa, mutta 20 % potilaista oli käyttänyt psyykenlääkkeitä ennen alkututkimuksia edellytettyä lääkkeetöntä jaksoa (Knekt ja Lindfors 2004). Ensimmäisenä seurantavuotena 42 % VAT-ryhmän, 35 % LPD-ryhmän, 30 % PPD-ryhmän, ja 19 % PA-ryhmän potilaista sai jotakin muuta hoitoa (psyykenlääkitys, psykoterapia tai sairaalahoido). Seuraavan vuoden aikana muun hoidon ilmaantuvuus väheni merkittävästi kaikissa hoitoryhmissä ja pysyi suhteellisen vakaana 5 vuoden seurannan loppuun asti (Kuvio 9). Muun hoidon käytön profiili oli samankaltainen psyykenlääkityksen ja psykoterapian osalta, niin että niiden suurin ilmaantuvuus oli ensimmäisenä seurantavuotena. Psyykenlääkityksen aloittaminen ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi hoitoryhmien välillä. Muun terapian aloittamisen todennäköisyys oli 1,7-kertainen VAT- ja LPD-ryhmissä (95 % luottamusvälit (LV) = 1,08–2,68 ja 1,08–2,65) ja 0,87-kertainen (LV = 0,43–1,77) PA-ryhmässä verrattuna PPD-ryhmään (Taulukko 7). Sairaalahoito oli yleisempää psykodynaamisissa psykoterapiaryhmissä ja jakautunut suhteellisen tasaisesti yli seuranta-ajan.



Kuvio 9. Tutkimusterapioiden lisäksi otettujen muiden hoitojen ilmaantuminen 5 vuoden seurannan aikana.

Taulukko 7. Tutkimusterapioiden lisäksi otetun muun hoidon ilmaantuvuuden suhteellinen riski (RR) eri terapiaryhmien välillä 5 vuoden seurannassa.

	Suhteellinen riski (95% luottamusväli)				P-arvo ²
	VAT (N = 97)	LPD (N = 101)	PPD ¹ (N = 128)	PA (N = 41)	
Muu hoito yhteensä	1,26 (0,91–1,75)	1,29 (0,93–1,77)	1	0,71 (0,42–1,21)	0,08
Psykykenlääkkeiden käyttö	1,10 (0,77–1,58)	1,27 (0,90–1,80)	1	0,69 (0,39–1,24)	0,18
Psykoterapia	1,70 (1,08–2,68)	1,69 (1,08–2,65)	1	0,87 (0,43–1,77)	0,03
Sairaalahoito	0,30 (0,09–1,06)	0,68 (0,27–1,71)	1	0,24 (0,03–1,81)	0,18

LPD = Lyhyt psykodynaaminen psykoterapia, PA = Psykoanalyysi, PPD = Pitkä psykodynaaminen psykoterapia, VAT = Voimavarasuuntautunut terapia.

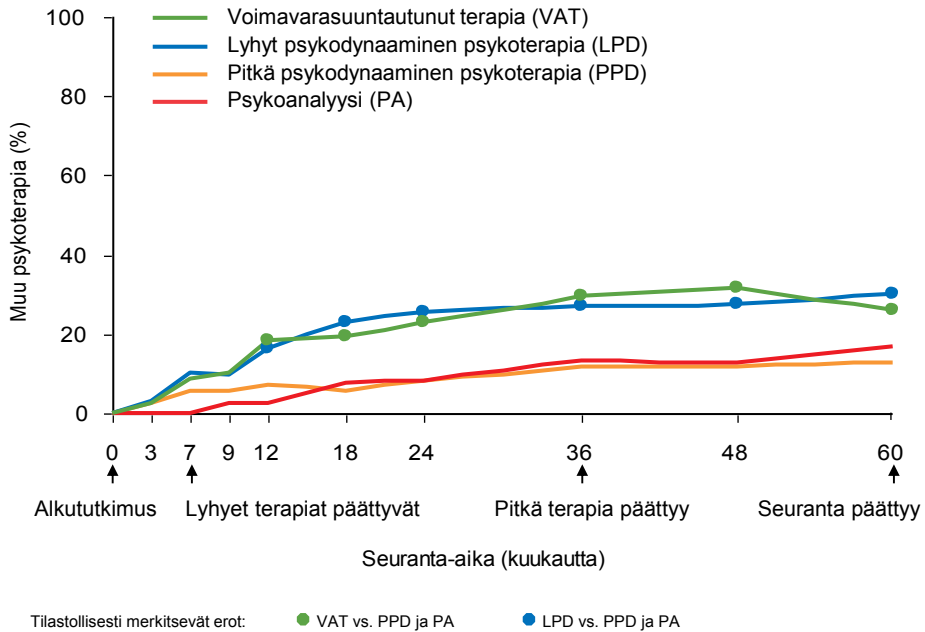
¹ Vertailuryhmä.

² Terapiaryhmien välisten erojen tilastollinen merkitsevyys.

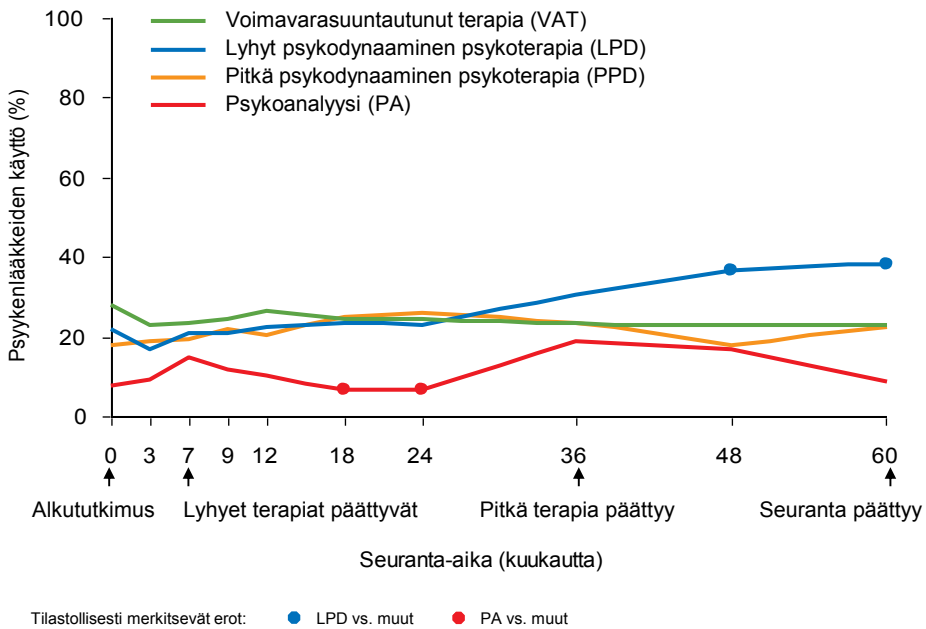
Muun hoidon esiintyvyys seuranta-aikana

Kaikissa 4 hoitoryhmässä havaittiin 5 vuoden seurannan aikana tilastollisesti merkitsevä jatkuva muun hoidon esiintyvyyden kasvu. Voimakkainta kasvu oli LPD-ryhmässä ja vähäisintä PA-ryhmässä; jotakin muuta psykiatrista hoitoa käyttävien potilaiden osuus seuranta-ajan lopussa näissä ryhmissä oli 56,0 % ja 23,5 %. Eriytisesti muuta terapiaa käyttävien osuus lisääntyi jatkuvasti seuranta-aikana, niin että 5 vuoden seurantapisteesä se oli 26,1 % VAT-ryhmässä, 30,1 % LPD-ryhmissä, 12,8 % PPD-ryhmässä ja 16,6 % PA-ryhmässä (Kuvio 10). Psykykenlääkityksen käytössä ei puolestaan havaittu merkittäviä eroja seuranta-aikana, lukuun ottamatta LPD-ryhmää, jossa lääkkeiden käyttö merkittävästi lisääntyi 2 vuoden seurannan jälkeen, siten että seurannan lopussa 38,3 % LPD-potilaista, mutta vain 8,6 % PA-potilaista käytti psykykenlääkkeitä (Kuvio 11). Sairaalahoito oli yleisempää psykodynaamisissa hoitoryhmissä ja jakautui suhteellisen tasaisesti yli seuranta-ajan.

Verrattaessa muun hoidon esiintyvyyttä seuranta-aikana terapiaryhmittäin osoittautui, että kummassakin lyhyen terapian ryhmässä muun terapian esiintyvyys oli tilastollisesti merkitsevästi suurempi kuin PPD:ssa yhden vuoden seurantapisteesä aina seurannan loppuun asti. Vastaava vertailu psykykenlääkkeiden käytön osalta osoitti, että se oli seurannan keskivaiheilla PA:ssa tilastollisesti merkitsevästi vähäisempää kuin PPD:ssa ja kahden viimeisen seurantavuoden aikana LPD:ssa tilastollisesti merkitsevästi suurempaa kuin VAT:ssa ja PPD:ssa.



Kuvio 10. Tutkimusterapioiden lisäksi otetun muun psykoterapian esiintyvyys 5 vuoden seurannan aikana.



Kuvio 11. Tutkimusterapioiden ohella tapahtuneen psykykenlääkkeiden käytön esiintyvyys 5 vuoden seurannan aikana.

Muun hoidon kumulatiivinen ilmaantuvuus 5 vuoden seurannan aikana

Kaikkiaan 61 % 367 potilaasta käytti jotakin muuta hoitoa ja 48 % huomattavaa muuta hoitoa (vähintään 6 kuukautta psyykenlääkitystä, 20 psykoterapiakäyntiä tai sairaalahoitoa) jossain vaiheessa 5 vuoden seurannan aikana. Muun hoidon käyttö oli yleisintä lyhyen terapian ryhmissä (69 % VAT:ssa ja 74 % LPD:ssa) ja vähäisintä PPD- ja PA-ryhmissä (56 % ja 40 %) (Taulukko 8). Prosenttiosuudet huomattavan muun hoidon käytölle olivat vastaavasti 53 %, 59 %, 43 % ja 28 %.

Psyykenlääkkeiden käyttö oli yleisintä LPD-ryhmässä (61 %) ja vähäisintä PA-ryhmässä (33 %) (Taulukko 8). Kun tarkastelusta suljettiin pois potilaat, joiden psyykenlääkkeiden käyttö oli kestänyt alle 6 kuukautta, vastaavat prosenttiosuudet olivat 47 % ja 21 %. Masennuslääkkeiden käytössä ilmeni samantyyppinen jakauma, kun taas rauhoittavien lääkkeiden ja unilääkkeiden käyttö oli tasaisemmin jakautunut terapiaryhmien välillä. Psyykenlääkkeiden keskimääräinen käyttöaika vaihteli tilastollisesti merkitsevästi terapiaryhmien välillä (P-arvo = 0,03), ollen 48 viikkoa VAT:ssa, 57 viikkoa LPD:ssa, 41 viikkoa PPD:ssa ja 19 viikkoa PA:ssa. Muu terapia oli yleisempää lyhyen terapian ryhmissä (47 % kummassakin ryhmässä) kuin PPD- tai PA-ryhmissä (28 % ja 25 %) (Taulukko 8). Samantyyppinen jakauma havaittiin sekä huomattavan muun terapian käytön (vähintään 20 terapiakäyntiä) (Taulukko 8) että yksilöterapian kohdalla, kun taas ryhmä-, pari- ja perheterapia oli yleisempää PA:ssa ja PPD:ssä (Kuvio 12). Psykiatrisista syistä aiheutunut sairaalahoito oli paljon yleisempää kummassakin psykodynaamisen terapian ryhmässä (7 %) kuin VAT- tai PA-ryhmissä (1 % ja 2 %) (Taulukko 8).

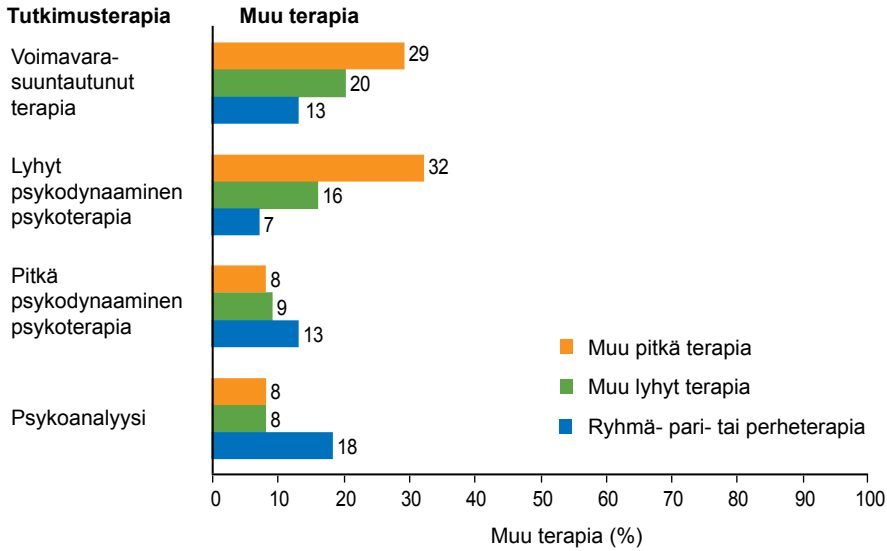
Taulukko 8. Tutkimusterapioiden ohella muuta hoitoa käyttävien potilaiden kumulatiivinen määrä (%) 5 vuoden seurannassa.

Muu hoito	VAT (N = 97)	LPD (N = 101)	PPD (N = 128)	PA (N = 41)	P-arvo ¹
Muu hoito yhteensä (psyykenlääkkeiden käyttö, psykoterapia ja sairaalahoito)					
Mikä tahansa muu hoito	65 (69)	74 (74)	68 (56)	16 (40)	< 0,001
Huomattava muu hoito ²	49 (53)	57 (59)	50 (43)	11 (28)	< 0,001
Psyykenlääkkeiden käyttö					
Mikä tahansa psyykenlääkkeiden käyttö	44 (45)	62 (61)	58 (45)	13 (33)	0,008
Huomattava psyykenlääkkeiden käyttö ²	36 (36)	47 (47)	42 (33)	8 (21)	0,008
Masennuslääkkeiden käyttö	35 (36)	56 (55)	51 (40)	12 (30)	0,009
Rauhoittavien lääkkeiden käyttö	24 (25)	23 (23)	26 (20)	4 (10)	0,29
Psykoterapia					
Mikä tahansa psykoterapia	43 (47)	46 (47)	33 (28)	10 (25)	0,002
Huomattava psykoterapia ²	30 (33)	38 (39)	19 (16)	6 (15)	< 0,001
Psykiatrisen sairaalahoito	1 (1)	7 (7)	9 (7)	1 (2)	0,12

LPD = Lyhyt psykodynaaminen psykoterapia, PA = Psykoanalyysi, PPD = Pitkä psykodynaaminen psykoterapia, VAT = Voimavarasuuntautunut terapia.

¹ Terapiaryhmien välisten erojen tilastollinen merkitsevyys.

² Psyykenlääkkeiden käyttö \geq 6 kuukautta tai terapiaa \geq 20 hoitokäyntiä tai sairaalahoito.



Kuvio 12. Erityyppisten muiden terapioiden kumulatiivinen ilmaantuvuus eri tutkimusterapiaryhmissä 5 vuoden seurannan aikana.

Terapiakäyntien määrä 5 vuoden seurannan aikana

Tämänhetkinen Helsingin Psykoterapiatutkimuksen antamien terapiakäyntien keskimääräinen lukumäärä (4 terapiaa on edelleen meneillään) hoidon aloittaneiden potilaiden keskuudessa on 9,8 (vaihteluväli = 1–15, SD = 3,3) VAT:ssa, 18,5 (vaihteluväli = 4–23, SD = 3,4) LPD:ssa, 232 (vaihteluväli = 8–417, SD = 105) PPD:ssa ja 646 (vaihteluväli = 74–1113, SD = 245) PA:ssa. Kun näihin tutkimusterapiakäynteihin lisätään muun terapian käynnit, keskimääräiseksi terapiakäyntien lukumääräksi tulee vastaavasti 60 (vaihteluväli = 3–416, SD = 97,6), 70 (vaihteluväli = 7–512, SD = 99,3), 240 (vaihteluväli = 8–448, SD = 102) ja 670 (vaihteluväli = 115–1113, SD = 219).

Tietyissä potilasaineiston osajoukoissa ilmeni huomattavaa vaihtelua terapiakäyntien kokonaismäärässä (tutkimusterapioiden ja muun terapian käynnit yhteensä) (Taulukko 9). Tutkimusterapian keskeyttäneillä potilailla terapiakäyntien kokonaismäärä oli vähäisempi kuin tutkimusterapian loppuun saattaneilla. Tämä korostui erityisesti PPD- ja PA-ryhmissä. Tutkimushoidoista kieltäytyneistä potilaista lyhyisiin terapiaihin satunnaistettujen potilaiden 5 vuoden seurannan aikana ottamien terapiakäyntien kokonaismäärä oli huomattavasti suurempi ja pitkään terapiaan satunnaistettujen tai psykoanalyysiin valikoituneiden potilaiden terapiakäyntien kokonaismäärä puolestaan huomattavasti pienempi kuin kyseisen terapian loppuun saattaneilla potilailla.

Taulukko 9. Tutkimusterapian ja muun terapian keskimääräinen hoitokäyntimäärä (vaihteluväli) yhteensä (N = 345)¹.

Alaryhmät	VAT (N = 92)			LPD (N = 98)			PPD (N = 119)			PA (N = 40)		
	n	Keskiarvo	(vaihteluväli)	n	Keskiarvo	(vaihteluväli)	n	Keskiarvo	(vaihteluväli)	n	Keskiarvo	(vaihteluväli)
Tutkimusterapian tila												
Saatettu loppuun	79	61	(3–416)	85	73	(12–512)	78	276	(53–448)	34	717	(409–1113)
Keskeytetty	9	54	(3–278)	10	46	(7–152)	19	105	(8–252)	4	211	(115–329)
Ei aloitettu	4	246	(0–520)	3	241	(0–520)	19	25	(0–276)	1	154	(154–154)
Diagnoosi tutkimuksen alussa												
Mielialahäiriö	50	75	(0–520)	50	67	(0–347)	74	221	(0–422)	24	633	(115–1023)
Ahdistuneisuushäiriö	12	45	(0–416)	20	67	(7–520)	15	168	(0–373)	3	809	(686–900)
Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriö	30	67	(3–463)	28	95	(16–512)	27	189	(0–448)	12	647	(154–1113)
Huomattava muu hoito seurannan aikana												
Ei	62	11	(0–31)	60	19	(0–36)	98	208	(0–417)	33	689	(115–1113)
Kyllä	30	186	(32–520)	38	163	(35–520)	18	204	(22–448)	6	438	(154–934)

LPD = Lyhyt psykodynaaminen psykoterapia, PA = Psykoanalyysi, PPD = Pitkä psykodynaaminen psykoterapia, VAT = Voimavarasuuntautunut terapia.

¹ Potilaat, joiden tutkimusterapia ei enää jatku ja joilta saatiin tieto muun hoidon käytöstä.

Alkuarvioinnissa diagnosoitu mielialahäiriö ja samanaikainen mieliala- ja ahdistuneisuushäiriö olivat yhteydessä suurempaan terapiakäyntien kokonaismäärään VAT-ryhmässä ja samanaikainen mieliala- ja ahdistuneisuushäiriö yhteydessä suurempaan terapiakäyntien kokonaismäärään LPD-ryhmässä. Kaikissa kolmessa satunnaistetussa terapiaryhmässä potilailla, joilla oli diagnosoitu vain ahdistuneisuushäiriö, oli vähemmän terapiakäyntejä kuin kyseisen terapian loppuun saattaneilla potilailla keskimäärin, eron ollessa merkittävin PPD:ssa, kun taas PA-ryhmässä tilanne oli päinvastainen. Tämä voi viitata ahdistuneisuuteen liittyvien ongelmien laadulliseen erilaisuuteen siten, että ne ovat heikommin yhteydessä oletettavasti pidempää hoitoa vaativiin persoonallisuuden rakenteen ongelmiin PPD-ryhmässä ja vahvemmin PA-ryhmässä. Niillä potilailla, joilla ei ollut huomattavaa muun hoidon käyttöä 5 vuoden seurannan aikana, terapiakäyntien kokonaismäärä vastasi pitkälti tutkimusprotokollan mukaista määrää, kun taas huomattavaa muuta hoitoa saaneilla potilailla terapiakäyntien kokonaismäärä poikkesi merkittävästi tutkimusprotokollan mukaisesta määrästä kaikissa muissa ryhmissä paitsi PPD:ssa. VAT-ryhmän potilaat saivat 16 kertaa ja LPD-ryhmän potilaat 8 kertaa enemmän terapiaa kuin mitä tarjottiin, kun taas PPD-ryhmässä saadun terapian määrä oli 15 % ja PA-ryhmässä 45 % vähäisempää kuin alun perin tarjottu määrä.

3.3.2 Psykiatriset oireet ja työkyky

Tässä vertaillaan psykoanalyysin ja kolmen terapian vaikuttavuutta psykiatriisiin oireisiin ja työkykyyn 5 vuoden seurannan aikana. Koska potilaita ei satunnaistettu psykoanalyysiin, vaan heidät valittiin siihen heidän soveltuvuutensa perusteella, tulee psykoanalyysiryhmän ja terapiaryhmien välisessä vertailussa vakioita potentiaaliset hoitoryhmän ja hoitutuloksen välistä yhteyttä sekoittavat tekijät. Potilaita, jotka täyttivät kaikki 4 psykoanalyysiin soveltumista kuvaavaa indikaatiota (A1–A4) ja joilla ei ilmennyt yhtään 5:stä soveltumattomuutta kuvaavasta kontraindikaatiosta (B1–B5), pidettiin soveltuvina psykoanalyysiin (American Psychiatric Association ym. 1985) (Taulukko 10). Tässä tutkimuksessa yksi neljästä indikaatiosta (A1) ja kaikki 5 kontraindikaatiota (B1–B5) tulivat huomioiduksi kaikissa neljässä hoitomuodossa potilaiden valintakriteereinä. Muut kolme indikaatiota (A2–A4) kattoivat oireisiin, diagnooseihin, persoonallisuuteen ja toimintakykyyn liittyviä tekijöitä, joita kaikkia arvioitiin alkututkimuksessa. Näistä muuttujista ne, jotka täyttivät sekoittavien tekijöiden kriteerit (Rothman ym. 2008), vakioitiin tilastollisissa malleissa terapiaryhmien ja psykoanalyysiryhmän oikeudenmukaisen vertailun varmistamiseksi.

Viiden vuoden seurannan aikana havaittiin PA-ryhmässä tilastollisesti merkitsevä oireiden väheneminen ja työkyvyn paraneminen kaikilla 8 ensisijaisella tuloksellisuummittarilla arvioituna (BDI, HDRS, SCL-90-Anx, HARS, SCL-90-GSI, WAI, SAS-Työ ja PPF) PA-ryhmässä 5 vuoden seurannan aikana (P-arvo < 0,001, Taulukot 11–12). Keskimääräinen oireiden väheneminen 5 eri oiremittarilla mitattuna vaihteli 52 %:sta 72 %:iin ja keskimääräinen työkyvyn parantuminen 3 eri työkykymittarilla mitattuna 29 %:sta 34 %:iin.

Taulukko 10. Kriteerit (indikaatiot ja kontraindikaatiot) psykoanalyysiin soveltuvuuteen.

Kriteerit	
A. Psykoanalyysiin soveltumisen kriteerit (indikaatiot)	
1.	Vaste muuhun psykiatriseen hoitoon todennäköisesti riittämätön
2.	Pitkäaikaiset oireet, jotka kuvastavat sisäisiä konflikteja ja kehityksellisiä estymiä
3.	Riittävä määrä henkilökohtaista psyykkistä kärsimystä
4.	Kasvupotentiaali (analysoitavuuden edellytyksenä)
4.1	Minän vahvuus ja vuorovaikutussuhteet
	Riittävä minän vahvuus
	Ei patologista narsismia
	Tunnetilojen käsittelykyky ja pettymysten sietokyky
	Ydinkonfliktit pääasiallisesti oidipaalisia (neuroottisia)
	Kyky sietää terapeutista regressiota
	Kyky kontrolloida impulssejaan
	Yliminän riittävä eheys
	Puolustusmekanismien riittävä kypsyy
	Vuorovaikutuksen sujuvuus
	Vuorovaikutussuhteiden riittävä kehitystaso
4.2	Psykologinen suuntautuneisuus
	Hyvä reflektointikyky
	Kyky koetulkinnan työstämiseen
	Motivaatio itsetutkiskeluun
B. Psykoanalyysin soveltumattomuuden kriteerit (kontraindikaatiot)	
1.	Psykiatrinen diagnoosi
	Psykoottinen häiriö
	Vakava persoonallisuushäiriö
2.	Minän vahvuus ja vuorovaikutussuhteet
	Krooninen minän heikkous
	Patologinen narsismi
	Hyvin heikko tunnetilojen käsittelykyky ja pettymysten sietokyky
	Analyttisen työskentelykyvyn potentiaalinen puute
	Vakavasti häiriintyneet vuorovaikutussuhteet
3.	Psykologinen suuntautuneisuus
	Hyvin heikko reflektointikyky
	Hyvin heikko verbalisointikyky
	Kognitiivisen toimintakyvyn merkittävä heikentyneisyys
4.	Kehitykselliset tekijät
	Hyvin vakava varhainen traumatisoituminen tai deprivatio
5.	Elämäntilanne
	Vaikea elämän kriisi

Taulukko 11. Psykiatristen oireiden keskimääräiset tasot (keskivirhe) psykoanalyysiryhmässä ja psykoanalyysiryhmän ja terapiaryhmien väliset tasoerot (95 % luottamusväli) 5 vuoden seurannassa.

Vastemuuttuja	Seuranta-aika (vuotta)	Keskiarvo ¹ (keskivirhe)		Keskiarvojen erotus ² (95% luottamusväli)					
		PA (N = 41)		VAT vs PA		LPD vs PA		PPD vs PA	
BDI	0	19,3	(1,0)	0		0		0	
	1	13,6*	(1,3)	<u>-3,8</u>	<u>(-6,8, -0,8)</u>	<u>-4,3</u>	<u>(-7,3, -1,3)</u>	-1,4	(-4,3, +1,5)
	2	10,2	(1,4)	-1,1	(-4,5, +2,3)	-1,1	(-4,4, +2,2)	-0,7	(-3,9, +2,4)
	3	11,4	(1,4)	-2,5	(-5,8, +0,8)	-1,5	(-4,7, +1,8)	<u>-4,5</u>	<u>(-7,6, -1,4)</u>
	4	6,5	(1,4)	+0,9	(-2,3, +4,1)	+1,7	(-1,5, +4,8)	-0,1	(-3,1, +2,9)
	5	5,5	(1,3)	<u>+3,1</u>	<u>(+0,1, +6,2)</u>	+2,5	(-0,6, +5,5)	+1,7	(-1,2, +4,6)
P-arvo (aika) ³			< 0,001						
P-arvo (ryhmä) ⁴			< 0,001						
HDRS	0	15,5	(0,7)	0		0		0	
	1	11,9*	(0,9)	-1,3	(-3,4, +0,8)	-1,3	(-3,4, +0,8)	+0,7	(-1,4, +2,7)
	3	10,3	(1,0)	-0,3	(-2,6, +2,1)	+0,6	(-1,8, +2,9)	-1,3	(-3,6, +0,9)
	5	6,7*	(0,9)	<u>+3,0</u>	<u>(+0,8, +5,2)</u>	+2,1	(-0,1, +4,3)	<u>+2,2</u>	<u>(+0,1, +4,3)</u>
P-arvo (aika) ³			< 0,001						
P-arvo (ryhmä) ⁴			< 0,001						
SCL-90-Anx	0	1,33	(0,10)	0		0		0	
	1	1,00*	(0,10)	-0,11	(-0,33, +0,11)	-0,18	(-0,39, +0,04)	-0,03	(-0,24, +0,19)
	2	0,89	(0,11)	+0,03	(-0,22, +0,27)	-0,05	(-0,29, +0,19)	-0,04	(-0,26, +0,19)
	3	0,93	(0,11)	-0,12	(-0,37, +0,13)	-0,09	(-0,34, +0,15)	<u>-0,25</u>	<u>(-0,49, -0,02)</u>
	4	0,71*	(0,09)	+0,00	(-0,22, +0,22)	-0,00	(-0,22, +0,21)	-0,10	(-0,30, +0,11)
	5	0,62	(0,09)	+0,09	(-0,13, +0,32)	+0,02	(-0,20, +0,24)	+0,03	(-0,18, +0,24)
P-arvo (aika) ³			< 0,001						
P-arvo (ryhmä) ⁴			0,27						

Taulukko 11 jatkuu

Vastemuuttuja	Seuranta-aika (vuotta)	Keskiarvo ¹ (keskivirhe)		Keskiarvojen erotus ² (95% luottamusväli)					
		PA (N = 41)		VAT vs PA		LPD vs PA		PPD vs PA	
HARS	0	16,6	(0,8)	0		0		0	
	1	11,7*	(0,9)	-0,7	(-2,7, +1,2)	-1,3	(-3,2, +0,7)	+0,4	(-1,5, +2,2)
	3	9,6*	(0,9)	+0,9	(-1,2, +2,9)	+0,5	(-1,6, +2,5)	-0,7	(-2,7, +1,3)
	5	7,1*	(0,9)	<u>+3,0</u>	<u>(+0,8, +5,1)</u>	+2,1	(-0,1, +4,3)	+1,6	(-0,5, +3,7)
	P-arvo (aika) ³		< 0,001						
P-arvo (ryhmä) ⁴			0,002						
SCL-90-GSI	0	1,38	(0,07)	0		0		0	
	1	1,10*	(0,08)	<u>-0,22</u>	<u>(-0,40, -0,05)</u>	<u>-0,26</u>	<u>(-0,43, -0,08)</u>	-0,09	(-0,26, +0,07)
	2	0,96	(0,09)	-0,04	(-0,25, +0,16)	-0,06	(-0,26, +0,14)	-0,07	(-0,26, +0,12)
	3	0,97	(0,09)	-0,13	(-0,34, +0,08)	-0,10	(-0,30, +0,11)	<u>-0,23</u>	<u>(-0,43, -0,03)</u>
	4	0,81*	(0,09)	-0,03	(-0,23, +0,16)	-0,03	(-0,22, +0,16)	-0,13	(-0,31, +0,06)
	5	0,66*	(0,08)	+0,09	(-0,10, +0,28)	+0,07	(-0,12, +0,26)	+0,07	(-0,11, +0,25)
	P-arvo (aika) ³		< 0,001						
P-arvo (ryhmä) ⁴			0,003						

LPD = Lyhyt psykodynaaminen psykoterapia, PA = Psykoanalyysi, PPD = Pitkä psykodynaaminen psykoterapia, VAT = Voimavarasuuntautunut terapia.

* Tilastollisesti merkitsevä muutos verrattuna edelliseen mittauspisteeseen.

Alleviivatuissa kohdissa terapiaryhmien väliset tasoerot tilastollisesti merkitseviä (P-arvo < 0,05).

¹ Lähtötilanteen oiretason suhteen vakioimaton täydellinen malli: Oiremuuttuja = terapiaryhmä + mittausajankohta + teoreettisen ja toteutuneen mittausajankohdan erotus + terapiaryhmä * mittausajankohta + potentiaaliset sekoittavat tekijät (sukupuoli, siviilisäätö, koulutus, työstatus, epäkypsä defenssityyli (DSQ), minäkuvan myönteisyys (SASB), koetulkinta, minäkäsitys, motivaatio ja kokonaisovertuvuusarvio (Psykoterapiasoveltuvuuden arviointiasteikko)).

² Lähtötilanteen oiretason suhteen vakioitu täydellinen malli¹.

³ Ajassa tapahtuvan tasomuutoksen tilastollinen merkitsevyys (kolme terapiaryhmää yhdistettynä).

⁴ Terapiaryhmien välisten taserojen tilastollinen merkitsevyys (yli eri seuranta-aikapisteiden).

Taulukko 12. Työ- ja toimintakyvyn keskimääräiset tasot (keskivirhe) psykoanalyysiryhmässä ja psykoanalyysiryhmän ja terapiaryhmien väliset tasoerot (95 % luottamusväli) 5 vuoden seurannassa.

Vastemuuttuja	Seuranta-aika (vuotta)	Keskiarvo ¹ (keskivirhe)		Keskiarvojen erotus ² (95 % luottamusväli)					
		PA (N= 41)		VAT vs PA		LPD vs PA		PPD vs PA	
Työkykyindeksi (WAI)	0	32,6	(1,0)	0		0		0	
	1	35,9	(1,1)	+2,5	(+0,1, +4,9)	+2,3	(-0,1, +4,7)	+1,2	(-1,1, +3,5)
	2	38,1*	(1,1)	+0,5	(-2,1, +3,0)	+0,8	(-1,7, +3,3)	+1,2	(-1,2, +3,6)
	3	37,6	(1,2)	+1,2	(-1,5, +3,9)	+0,3	(-2,4, +2,9)	+1,9	(-0,7, +4,5)
	4	40,8*	(1,2)	-1,6	(-4,3, +1,0)	-1,8	(-4,5, +0,8)	-0,6	(-3,1, +2,0)
	5	42,1	(1,2)	-2,8	(-5,5, -0,1)	-4,6	(-7,3, -1,9)	-2,2	(-4,8, +0,4)
P-arvo (aika) ³			<0,001						
P-arvo (ryhmä) ⁴			<0,001						
SAS-Työ	0	2,36	(0,08)	0		0		0	
	1	2,10*	(0,09)	-0,16	(-0,36, +0,04)	-0,15	(-0,35, +0,05)	-0,05	(-0,24, +0,14)
	2	1,97	(0,09)	-0,04	(-0,25, +0,16)	-0,06	(-0,27, +0,14)	-0,07	(-0,26, +0,13)
	3	1,89	(0,09)	-0,02	(-0,24, +0,20)	+0,03	(-0,19, +0,24)	-0,12	(-0,33, +0,09)
	4	1,72*	(0,08)	+0,09	(-0,10, +0,28)	+0,11	(-0,07, +0,30)	+0,04	(-0,14, +0,23)
	5	1,65	(0,09)	+0,16	(-0,05, +0,37)	+0,17	(-0,04, +0,38)	+0,19	(-0,01, +0,39)
P-arvo (aika) ³			<0,001						
P-arvo (ryhmä) ⁴			0,07						

Taulukko 12 jatkuu

Vastemuuttuja	Keskiarvo ¹ (keskivirhe)			Keskiarvojen erotus ² (95 % luottamusväli)					
	Seuranta-aika (vuotta)	PA (N= 41)		VAT vs PA		LPD vs PA		PPD vs PA	
Koetun psyykkisen	0	26,2	(0,7)	0		0		0	
toimintakyvyn	1	22,7*	(0,9)	-2,3	(-4,3, -0,2)	-2,3	(-4,3, -0,3)	-0,7	(-2,6, +1,3)
asteikko (PPF)	2	20,3*	(0,9)	+1,0	(-1,2, +3,2)	+0,3	(-1,8, +2,5)	-0,1	(-2,2, +1,9)
	3	21,1	(0,9)	-0,9	(-3,0, +1,1)	-0,5	(-2,5, +1,6)	-2,0	(-4,0, -0,0)
	4	17,7*	(0,9)	+1,8	(-0,3, +3,8)	+2,2	(+0,2, +4,3)	+0,9	(-1,1, +2,9)
	5	17,4	(0,9)	+2,7	(+0,6, +4,7)	+3,1	(+1,0, +5,2)	+1,8	(-0,2, +3,8)
P-arvo (aika) ³			<0,001						
P-arvo (ryhmä) ⁴			<0,001						

LPD = Lyhyt psykodynaaminen psykoterapia, PA = Psykoanalyysi, PPD = Pitkä psykodynaaminen psykoterapia, VAT = Voimavarasuuntautunut terapia.

* Tilastollisesti merkitsevä muutos verrattuna edelliseen mittauspisteeseen.

Alleviivatuissa kohdissa terapiaryhmien väliset tasoerot tilastollisesti merkitseviä (P-arvo < 0,05).

¹ Lähtötilanteen työ- tai toimintakyvyn tason suhteen vakioimaton täydellinen malli: Työ- tai toimintakykymuuttuja = terapiaryhmä + mittausajankohta + teoreettisen ja toteutuneen mittausajankohdan erotus + terapiaryhmä * mittausajankohta + potentiaaliset sekoittavat tekijät (sukupuoli, siviilisääty, koulutus, työstatus, epäkypä defenssityyli (DSQ), minäkuvan myönteisyys (SASB), koetulkinta, minäkäsitys, motivaatio ja kokonaisoveltuvuusarvio (Psykoterapiasoveltuvuuden arviointiasteikko).

² Lähtötilanteen työ- tai toimintakyvyn tason suhteen vakioitu täydellinen malli¹.

³ Ajassa tapahtuvan tasomuutoksen tilastollinen merkitsevyys (kolme terapiaryhmää yhdistettynä).

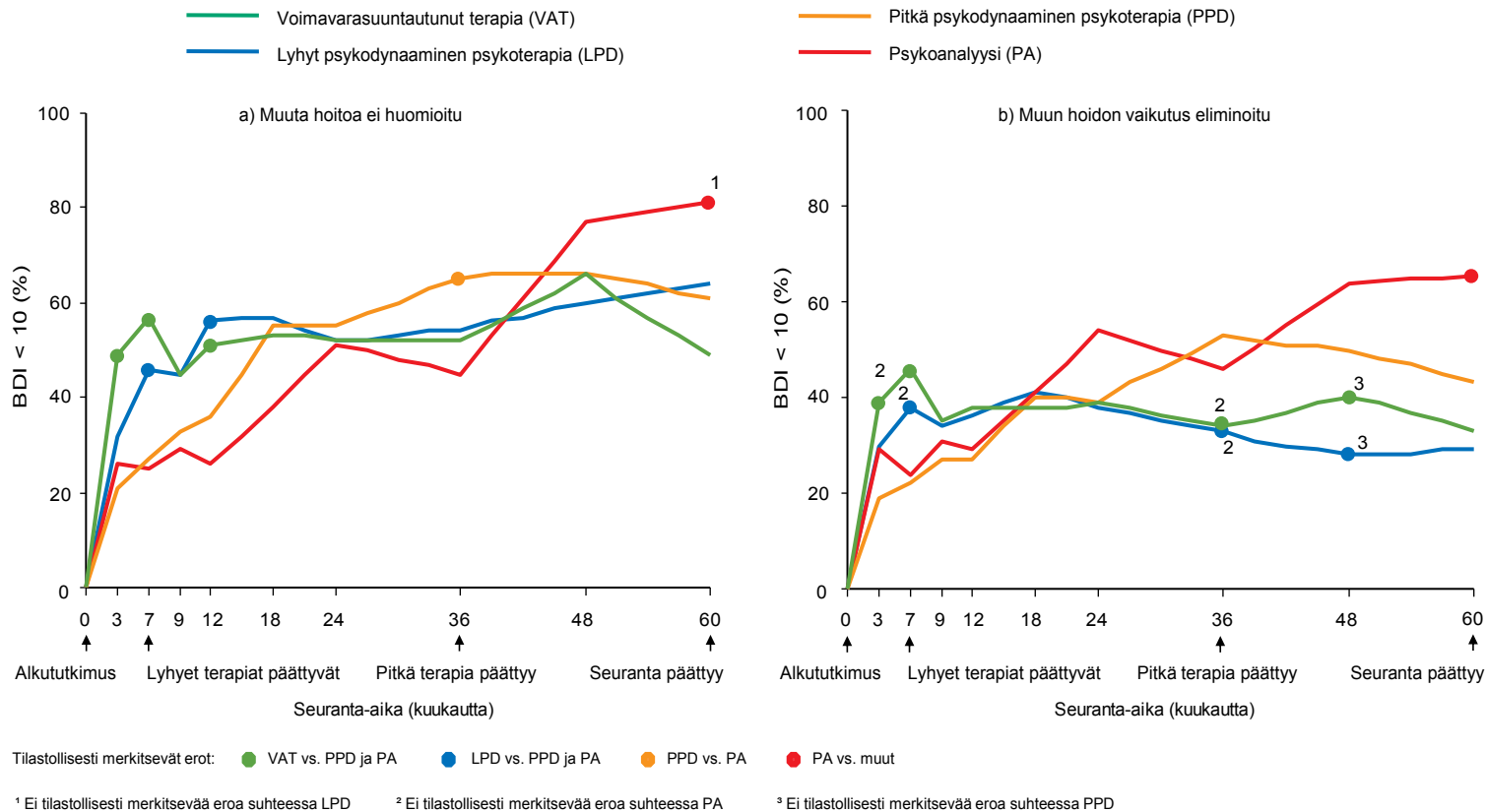
⁴ Teriaryhmien välisten tasorojen tilastollinen merkitsevyys (yli eri seuranta-aikapisteidien).

Ensimmäisen seurantavuoden aikana kummatkin lyhyet terapiat olivat tehokkaampia kuin PA masennusoireiden vähentämisessä (BDI:llä mitattuna) (Taulukko 11). Seuraavien 3 seurantavuoden aikana ei lyhyiden terapioiden ja PA:n välillä havaittu mitään tilastollisesti merkitseviä eroja. Viiden vuoden seurannassa PA oli kuitenkin tilastollisesti merkitsevästi vaikuttavampi kuin VAT ja lähes merkitsevästi vaikuttavampi kuin LPD (BDI:llä ja HDRS:llä mitattuna). Vastaavanlainen ero 5 vuoden seurantapisteessä havaittiin myös HDRS:llä mitattuna. Myös ahdistuneisuusoireiden vähentämisessä (HARS:lla mitattuna) PA oli molempia lyhyitä terapioidia vaikuttavampi 5 vuoden seurantapisteessä. PPD oli puolestaan vaikuttavampi kuin PA masennusoireiden vähentämisessä 3 vuoden mittauspisteessä (BDI:llä mitattuna). Viiden vuoden mittauspisteessä PA oli kuitenkin PPD:tä vaikuttavampi (HDRS:llä mitattuna). Samankaltainen yhteys todettiin myös ahdistuneisuusoireiden suhteen: PPD oli tilastollisesti merkitsevästi vaikuttavampi 3 vuoden seurannassa (SCL-90-Anx:n perusteella) ja PA oli lähes merkitsevästi vaikuttavampi 5 vuoden seurannassa (HARS:n perusteella).

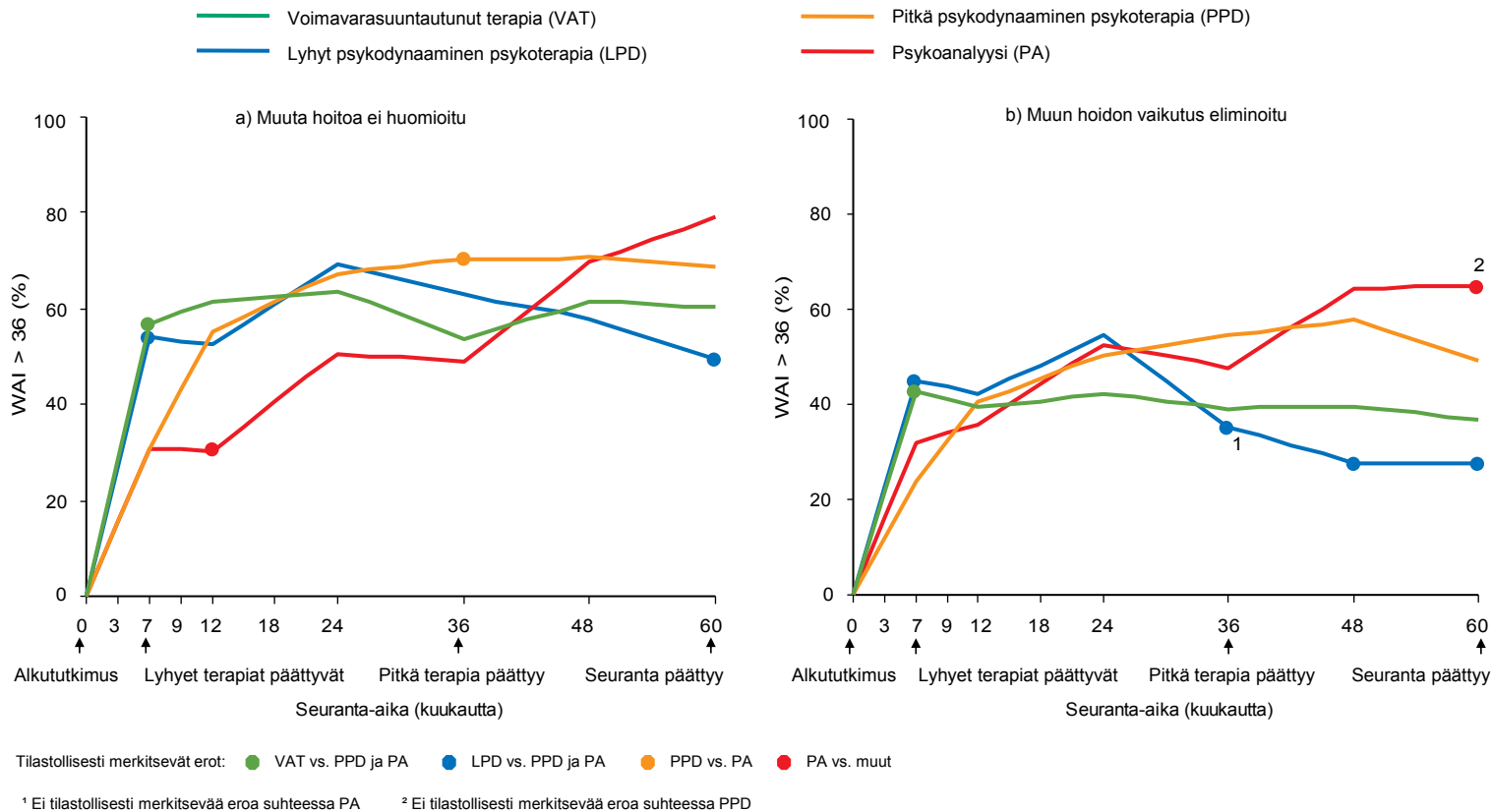
Lyhyet terapiat paransivat tilastollisesti merkitsevästi enemmän työkykyä kuin PA yhden vuoden seurantapisteessä PPF:llä ja WAI:lla mitattuna ja lähes merkitsevästi enemmän SAS-Työ:llä mitattuna (Taulukko 12). Viiden vuoden seurannassa PA oli kuitenkin vastaavasti vaikuttavampi kuin lyhyet terapiat samojen mittareiden valossa. PPD oli puolestaan tilastollisesti merkitsevästi vaikuttavampi kuin PA 3 vuoden seurannassa (PPF:n perusteella) ja PA lähes merkitsevästi vaikuttavampi kuin PPD 5 vuoden seurantapisteessä (PPF:n, WAI:n ja SAS-Työ:n perusteella).

Masennusoireista toipuminen ($BDI < 10$) oli suurempaa LPD-ryhmässä ensimmäisenä seurantavuotena ja PPD-ryhmässä 3 vuoden seurannan jälkeen kuin PA-ryhmässä (Kuvio 13a, analyysit sisältävät kaikki 4 terapiaryhmää, mutta tulokset esitetään vain psykodynaamisten terapioiden osalta). Viiden vuoden seurantapisteessä PA oli kuitenkin tilastollisesti merkitsevästi vaikuttavampi kuin LPD. Tulokset muuttuivat kuitenkin huomattavasti, kun muuta hoitoa tutkimusterapioiden ohella seuranta-aikana saaneita potilaita ei sisällytetty toipuneiden potilaiden joukkoon. Tällöin ei nähty LPD:n tai PPD:n hyötyvaikutusta seurannan alkupuolella, kun taas PA oli LPD:tä vaikuttavampi kahden viimeisen seurantavuoden aikana ja PPD:tä vaikuttavampi 5 vuoden seurantapisteessä (Kuvio 13b).

Heikentyneestä työkyvystä toipuminen oli suurempaa LPD- ja PPD-ryhmissä kuin PA-ryhmässä ensimmäisenä seurantavuotena (Kuvio 14a, analyysit sisältävät kaikki 4 terapiaryhmää, mutta tulokset esitetään vain psykodynaamisten terapioiden osalta). Kolmen vuoden seurannassa toipuminen oli kuitenkin suurinta PPD:ssa ja 5 vuoden seurannassa PA:ssa. Muuta hoitoa käyttäneiden potilaiden pois sulkeamisen jälkeen toipuminen oli kuitenkin LPD:ssä tilastollisesti merkitsevästi vähäisempää kuin pitkissä hoidoissa 2 viimeisen seurantavuoden aikana. Mitään muita tilastollisesti merkitseviä eroja eri terapiaryhmien välillä ei havaittu (Kuvio 14b).



Kuvio 13. Masennusoireista toipuminen (BDI < 10) 5 vuoden seurannan aikana potilailla, joilla kohonnut oiretaso (BDI ≥ 10) tutkimuksen alussa (N = 312).



Kuvio 14. Heikentyneestä työkyvystä toipuminen (WAI > 36) 5 vuoden seurannan aikana potilaille, joilla työkyky häiriintynyt (WAI ≤ 36) tutkimuksen alussa (N = 235).

4 POHDINTA

4.1 Viiden vuoden vaikuttavuustutkimuksen päätulokset ja niiden tulkinta

4.1.1 Psykiatriset oireet

Kaikissa neljässä hoitoryhmässä – voimavaruusautuneessa terapiassa, lyhyessä ja pitkässä psykodynaamisessa psykoterapiassa ja psykoanalyysissa – oireiden määrä väheni 5 vuoden seurannan aikana. Oireiden määrä oli kaikissa hoitoryhmissä pienimmillään hoidon päättyessä. Osoittautuikin, että eripituisten hoitomuotojen vaikuttavuus suhteessa toisiinsa *intention-to-treat* -asetelmassa oli erilainen seurannan eri vaiheissa:

- 1 vuoden seurannassa, jolloin molemmat lyhyet terapiat olivat päättyneet ja molemmat pitkät terapiat olivat vielä käynnissä, lyhyisiin terapioihin ohjatuilla potilailla oli keskimäärin vähemmän oireita kuin pitkiin terapioihin ohjatuilla potilailla.
- 3 vuoden kohdalla, kun lähes kaikki pitkät psykodynaamiset psykoterapiat olivat päättyneet, tämä hoitomuoto oli keskimäärin vaikuttavampi kuin lyhyet terapiat ja psykoanalyysi,
- 5 vuoden seurannan jälkeen oireissa ei havaittu eroja lyhyiden terapioiden ja pitkän psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuuden välillä, mutta
- Psykoanalyysi, joka oli tuolloin päättynyt, oli keskimäärin vaikuttavampi kuin lyhyt ja pitkä terapia.

Eri viitekehyksestä tulevien lyhyiden terapioiden vaikuttavuudessa ei sen sijaan havaittu mainittavia eroja missään vaiheessa seurantaa.

Tulosten valossa näyttää siltä, että terapioiden vaikuttavuutta arvioitaessa tulisi selkeästi määritellä aikaväli, jolle vaikuttavuus arvioidaan. Näyttää perustellulta arvioida kunkin terapian vaikutuksia oiremuutoksiin ja niiden pysyvyyteen lyhyen (alle 1 vuosi), keskipitkän (1–3 vuotta) ja pitkän aikavälin (vähintään 5 vuotta) näkökulmasta. Useimmiten psykoterapian vaikuttavuustutkimuksissa on kuitenkin tarkasteltu oiremuutoksia hoidon loppupisteessä ja vain lyhyessä seurannassa hoidon loppumisen jälkeen (Cuijpers ym. 2008). Tämä tutkimus kuitenkin osoittaa, että loppupistetarkastelu ja lyhyt tulosten pysyvyystarkastelu ei anna riittävää kuvaa kokonaisvaikuttavuudesta. Tarvitaan laaja-alaisempaa ja pitkäjännitteisempää kehitystrendien tarkastelua, jolloin vaikutusten ilmaantumisen ja pysyvyyden erilaiset profiilit eri hoitomuodoissa tulevat näkyviin.

Vaikuttavuustuloksia tarkasteltaessa ei kuitenkaan voida tehdä luotettavia johtopäätöksiä terapioiden todellisesta tehosta sen takia, että osa potilaista on käyttänyt tutkimuksessa annettujen hoitojen ja niiden jälkeisen seurannan aikana runsaasti muita hoitoja. Koska Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa muita hoitoja

on kuitenkin seurattu alusta asti, voidaan annettujen terapioiden todellista tehoa approksimoida poistamalla kokonaisvaikuttavuudesta muiden hoitojen tuoma vaikutus. Alustavien tulosten perusteella näyttää siltä, että huomattava osa lyhyissä terapiaryhmissä havaitusta vaikuttavuudesta johtuu muusta hoidosta ja että siten vasta muun hoidon eliminoinnin jälkeen nähdään lyhyiden ja pitkien terapioiden väliset todelliset erot. Samoin muun hoidon vaikutuksen eliminointi osoittaa, että psykoanalyysi, jossa muihin hoitoihin hakeudutaan kaikkein vähiten, ennustaa selvästi suurempaa oireiden vähenemistä kuin mikään terapiaista 5 vuoden seuranta-pisteessä. Terapioiden tehoa on tarkoitus tutkia tarkemmin Helsingin Psykoterapiatutkimuksen syventävässä vaiheessa.

4.1.2 Työ- ja opiskelukyky

Kyselyihin pohjautuvien työkykymittareiden osalta vaikuttavuustulos oli samansuuntainen kuin psykiatristen oireiden kohdalla sillä erolla, että pitkä psykodynaaminen psykoterapia oli työkyvyn osalta lyhyitä terapioiden vaikuttavampi edelleen 5 vuoden seurannan lopussa. Toiminnallisissa työkykymittareissa ei sen sijaan havaittu mainittavia eroja eri terapioiden välillä. On mahdollista, että subjektiivinen hyvinvointi ennustaa heikosti työstä poissaoloa ja työstatusta, jotka ovat hyvin monitahoisia ilmiöitä (Lazar ym. 2007). Pitkässä terapiassa tapahtui enemmän opintojen valmistumista ja vähemmän niiden keskeytymistä kuin lyhyissä terapioiden. Nämä erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä, todennäköisesti valmistuneiden tai keskeyttäneiden opiskelijoiden pienestä lukumäärästä johtuen.

Pidempi seuranta erityisesti näiden toimintakykyyn liittyvien muutosten kohdalla on tarpeen, sillä terapioiden mahdolliset vaikutukset työllistymiseen, ammatilliseen asemaan, työssä jaksamiseen ja työkyvyttömyyden riskiin lienevät nähtävissä selvemmin vasta jatkoseurannoissa.

4.1.3 Persoonallisuuden toiminta

Persoonallisuuden toimintaa kuvastavat potilaan psykologiset funktiot muuttuivat myönteisemmiksi molempien tarkastelun kohteena olleiden mittareiden, epäkypsen puolustusmekanismien ja minäkuvan myönteisyyden, osalta nopeammin lyhyessä terapiassa kuin pitkässä terapiassa. Vastaavia eroja pidemmässä seurannassa pitkän terapian eduksi havaittiin vain minäkuvan myönteisyyden osalta. Pitkän terapian yhtenä keskeisenä tavoitteena yleisesti esitetty lyhyitä terapioiden suotuisampi pitkäaikainen vaikutus persoonallisuuden toimintaan (Gabbard 2004) sai siten vain osittaista tukea löydöksistä. Merkittävät minäkuvamuutokset ilmaantuivat myöhemmin kuin edellä kuvatut oire- ja toimintakykymuutokset, ja on odotettavissa, että pitkäaikaisemmassa seurannassa tällä alueella todennäköisesti edelleen tapahtuvat myönteiset muutokset heijastuvat myös muihin tuloksellisuuden osa-alueisiin ja koettuun muun hoidon tarpeeseen. Se, että 5 vuoden seurannassa ei

persoonallisuuden toiminnan osalta ilmennyt eroja lyhyiden ja pitkän terapian välillä, voi myös osin liittyä runsaampaan muiden psykoterapioiden käyttöön lyhyen terapian ryhmissä.

4.1.4 Hoidon tarve

Kaiken kaikkiaan 5 vuoden seurannan aikana 49 % mielialahäiriöstä ja 71 % ahdistuneisuushäiriöstä kärsivistä potilaista toipui. Luvut antavat todellisuutta paremman kuvan annettujen terapiahoitojen vaikutuksesta, sillä myös potilaiden ottamien muiden hoitojen vaikutus sisältyy niihin. Muiden hoitojen käytön voidaan katsoa suurelta osin heijastavan tutkimuksessa annetuista terapioista riippumattonta tyydyttämätöntä hoidon tarvetta. Muiden hoitojen osalta havaittiin seuraavaa: 1) yli puolet potilaista käytti muuta hoitoa 5 vuoden seurannan aikana, 2) muut hoidot alkoivat varhain ja niiden vaikutus voi siten olla jo huomattavaa tutkimuksessa, joissa seuranta hoitojen alusta kestää muutaman kuukauden, 3) potilaat, jotka saivat lyhyttä terapiaa, tarvitsivat enemmän muuta hoitoa kuin pitkää terapiaa tai psykoanalyysia saaneet potilaat, saaden 5 vuoden seurannan aikana keskimäärin yhteensä keskipitkää terapiaa vastaavan terapiakäyntimäärän, 4) lyhyeen psykodynaamiseen terapiaan satunnaistetut potilaat käyttivät erityisen paljon lääkkeitä ja 5) psykodynaamisiin ryhmiin (lyhyt tai pitkä) satunnaistetut potilaat joutuivat turvautumaan enemmän sairaalahoitoon kuin voimavarasuuntautuneeseen lyhyeen terapiaan satunnaistetut tai psykoanalyysiin valikoituneet potilaat.

Muun hoidon huomiotta jättäminen terapioiden keskinäistä vaikuttavuutta tutkimisissa kliinisissä kokeissa aiheuttaa potentiaalisesti vakavan harhan tuloksiin. Sen huomioiminen on ratkaisevan tärkeää terapioiden välisten todellisten vaikutuserojen tarkentamiseksi. Tämän tutkimuksen syventävässä vaiheessa on tarkoitus pyrkiä erottamaan muun hoidon vaikutus tutkimuksessa annettujen terapioiden vaikutuksesta tutkimushoitojen todellisen tehon arvioimiseksi. Muun hoidon tarpeen syytekijöitä tulisi myös selvittää sekä tämän tutkimuksen syventävässä vaiheessa että tulevaisuudessa muissa tutkimuksissa.

4.1.5 Kustannusvaikuttavuus

Alustavat kustannusvaikuttavuustulokset 5 vuoden seurannasta viittaavat siihen, että vaikka pitkä terapia on pitkällä tähtäimellä vaikuttavampi kuin lyhyet terapiat, niin lyhyet terapiat ovat keskimäärin kustannusvaikuttavampia, suorien psykiatrisista syistä aiheutuvien kustannusten ollessa 5 vuoden seurannassa lyhyissä terapioissa noin kolmanneksen siitä mitä pitkässä terapiassa. Koska osa potilaista kuitenkin tarvitsee pitkää terapiaa toipuakseen, kokonaiskustannuksia voitaisiin pienentää ohjaamalla potilas hänelle optimaaliseen hoitoon, s.e. muun täydentävän hoidon tarve olisi mahdollisimman pieni. Tähän tavoitteeseen pääsemiseksi tulisi suorittaa psykoterapiaan soveltuvuuden tutkimusta, jossa selvitetään kriteereitä

sille, kenelle riittää lyhyt terapia ja kuka tarvitsee pitkää terapiaa, ja tähän liittyvää kustannusvaikuttavuusanalyysia.

4.2 Arvio vaikuttavuustutkimuksesta

4.2.1 Tutkimuksen merkitys

Tutkimustulosten uutuusarvo

Ennen Helsingin Psykoterapiatutkimusta ei ollut kliinisiin kokeisiin perustuvaa näyttöä lyhyiden ja pitkien psykoterapioiden vaikuttavuuseroista ja myös muu tuloksellisuustutkimus kaikkien tässä tutkimuksessa mukana olevien hoitomuotojen osalta oli niukkaa. Tämän tutkimuksen tähänastiset vaikuttavuustulokset ovat antaneet uutta tietoa mm. lyhyiden ja pitkien terapioiden erilaisista vaikutusten ilmaantumisen profileista ja pitkän aikavälin tuloksellisuuseroista monen eri tuloksellisuuden ulottuvuuden alueella. Tulokset ovat siten myös edelleen suunnanneet tutkijoiden ja klinikoiden mielenkiintoa tekijöihin, jotka mahdollisesti selittävät näitä terapiamuotojen välisiä eroja. Merkittävää on ollut myös kaikkien tutkittujen terapiamuotojen vaikutuksen rajallisuuden osoittaminen ja annetun hoidon rinnalla otetun muun hoidon yleisyyden huomioiminen, jolla on merkittävä vaikutus vaikuttavuustutkimusten tulosten tulkinnassa. Sekä tutkimuksen alkuperäisiin tavoitteisiin että uusiin, tutkimuksen edetessä ilmaantuneisiin syventäviin tavoitteisiin on liittynyt myös hyvin laaja-alaista ja innovatiivista menetelmällistä kehitystyötä. Tutkimus on siten osaltaan myötävaikuttanut merkittävästi myös psykoterapiatutkimuksen metodologiseen kehitykseen ja luonut näin pohjaa korkeatasoiseen tutkimukseen perustuvalla hoitokäytäntöjen arvioinnille.

Tutkimuksen vaikutus psykoterapiatutkimukseen

Helsingin Psykoterapiatutkimus, asetelmineen, aineistoineen ja tuloksineen, on noteerattu kansainvälisesti esimerkillisenä psykoterapian tuloksellisuuden tutkimuksena (Fonagy 2006) ja tutkimuksen on mm. todettu tuottaneen psykoterapiatutkimuksen kentälle materiaalia, jota on odotettu vuosikymmeniä (Psychological Medicine, henkilökohtainen tiedonanto 2007). Helsingin Psykoterapiatutkimuksen vaikuttavuustulokset ovat julkaisujen, esitysten ja yhteistyöfoorumien kautta levinneet laajalti tutkijoiden, klinikoiden, psykoterapiakouluttajien, terveystieteiden asiantuntijoiden, päättäjien ja kansalaisten tietoon (Liite 2). Se on myös luonut uusia standardeja psykoterapiatutkimuksen metodologiseen toteutukseen, ja hankkeen piirissä kehitettyjä uusia menetelmiä ja lähestymistapoja on otettu käyttöön muissa tutkijaryhmissä, sekä kotimaassa että ulkomailla. Merkittävimmin tutkimus tullee vaikuttamaan alan käytäntöihin kuitenkin jatkotutkimuksen ja myöhemmän kehittämistoiminnan kautta. Helsingin Psykoterapiatutkimus ja sen laaja tutkijaryhmittymä on osaltaan myötävaikuttanut alan tutkijoiden ja tutkimus-

orientoituneiden psykoterapeuttien verkostoitumiseen Suomessa ja kehittynyt monitieteelliseksi psykoterapiatutkimuksen osaamis- ja yhteistyökeskukseksi ja uuden tutkijasukupolven kasvattajaksi.

Julkaisutoiminta

Helsingin Psykoterapiatutkimuksen aineisto ja siihen perustuvat keskeiset tulokset lyhyiden ja pitkien terapioiden vaikuttavuudesta psykiatriisiin oireisiin, työ- ja toimintakykyyn ja terveyskäyttäytymiseen 3 vuoden seurantaan asti on raportoitu kansainvälisesti mm. kirjana ja internet-julkaisuna (Knekt ja Lindfors 2004) sekä tieteellisinä raportteina (Knekt ym. 2008a, b, 2010b). Myös Helsingin Psykoterapiatutkimuksen yhteydessä kehitettyjä uusia menetelmällisiä ratkaisuja, erityisesti vaikuttavuustutkimuksen tilastollisen käsittelyn alueella, on julkaistu psykoterapiatutkimuksen menetelmällisen puolen edistämiseksi (Härkänen ym. 2005).

Lukuisten suomenkielisten artikkelien, tiivistelmien ja raporttien kautta on vuosien varrella tiedotettu vaikuttavuustutkimuksen tuloksista kansallisella foorumilla (Liite 2). Erityisesti psykoterapian konsensuskokouksessa vuonna 2006 ja sen yhteydessä julkaistussa kirjassa ja konsensuslausumassa oli Helsingin Psykoterapiatutkimuksen vaikuttavuustutkimuksen tulosten ja niiden esille nostamien näkökohtien esittämisellä keskeinen rooli paitsi psykoterapioiden vaikuttavuuden arvioinnin myös psykoterapian tarpeen ja tarjonnan, psykoterapiapalveluiden laadun ja tutkimuskentän edistämisen kannalta (Konsensuskokous 2006).

Vaikka tutkimus on edelleen meneillään, se on jo nyt huomioitu mm. sekä kotimaisten että ulkomaisten alan oppikirjojen (Fonagy 2006, Levy ym. 2010, Lönnqvist ja Marttunen 2007) ja näytönastekatsausten päivityksissä (Käypä hoito -työryhmä 2009). Lisäksi Helsingin Psykoterapiatutkimuksen tuloksia on hyödynnetty useissa systemaattisissa katsauksissa ja meta-analyyseissa (Fonagy 2006, Leichsenring ja Rabung 2008, von Sydow ym. 2006) ja ne ovat siten edelleen vaikuttaneet psykoterapian tutkimus- ja kehittämisintressien kohdentumiseen.

Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa ohjataan myös lukuisia opinnäytetöitä – pro gradu -tutkielmia, lisensiaatin tutkielmia ja väitöskirjoja. Tutkimuksen kvantitatiivisiin ja kvalitatiivisiin aineistoihin pohjautuen on kaiken kaikkiaan vuosina 1997-2010 valmistunut 25 ja aloitettu 13 käynnissä olevaa opinnäytetöitä yhteistyössä kolmen yliopiston useiden eri tiedekuntien ja tutkijoiden kanssa (Liite 2). Lähes kaikkien opinnäytetöiden pohjalta tuotetaan julkaistavaksi tieteellisiä artikkeleita.

Koulutus- ja tutkimusyhteistyö

Helsingin Psykoterapiatutkimuksen jäsenet ovat osallistuneet aktiivisesti alaan liittyviin kansallisiin ja kansainvälisiin koulutus- ja yhteistyötilaisuuksiin (Liite 2). Tärkeänä kansallisena foorumina ovat toimineet Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen ja psykoterapiaklinikan järjestämät vuosittaiset psykoterapiatut-

kimuksen päivät, joiden keskeisenä pyrkimyksenä on tutkijoiden ja klinikoiden yhteen saattaminen ja heidän työnsä tulosten jakaminen. Muita tärkeitä foorumeita ovat olleet kansalliset psykiatrian, psykologian, kuntoutuksen ja sosiaalitieteiden kongressit ja seminaarit sekä palvelusektorin ja viranomaistahojen tilaisuudet. Tärkeänä kansainvälisenä foorumina on puolestaan toiminut Psykoterapiatutkimuksen yhteisön (Society for Psychotherapy Research, SPR) vuosittain järjestämä maailmankongressi, joka myös pyrkii saattamaan kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusta tekeviä tutkijoita ja klinikoita yhteen vuosittain vaihtuvan teeman puitteissa. Lisäksi tutkimusyhteistyön kannalta merkityksellisiä ovat olleet myös psykiatrian kansainväliset kongressit.

Läheistä kansallista tutkimusyhteistyötä ja koulutuksellista vuorovaikutusta on ollut erityisesti HUS/HYKS:n psykiatriakeskuksen, muiden yliopistoklinikoiden, mielenterveysyksiköiden, Kuntoutussäätiön, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) sekä terapeuttijärjestöjen kanssa. Tutkimusyhteistyötä vaikuttavuuden arviointiin liittyen on meneillään myös muiden kotimaisten tutkijaryhmien kanssa. Helsingin Psykoterapiatutkimuksen aineistoja ja niiden analysointiin perustuvia menetelmällisiä sovelluksia hyödynnetään mm. laadulliseen tutkimukseen liittyvässä yhteistyössä Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen kanssa ja masennuspotilaiden hoidettavuuteen psykoterapialla liittyvässä yhteistyössä Kuopion yliopiston psykiatrian ja sosiaalipsykologian laitosten kanssa. Lisäksi meneillään on yhteishanke Lapin yliopiston kuntoutustieteen yksikön kanssa psykoterapian yksilöllisistä vaikutuksista työ- ja opiskelukykyyn. Edellisiin liittyen Helsingin Psykoterapiatutkimus on vaikuttanut mm. kuntoutuksen, psykiatrian, psykologian ja psykoterapian alueella tapahtuvan tutkijakoulutuksen ja klinisen koulutuksen kehittämiseen.

Myös laajaa kansainvälistä yhteistyötä yhteisten tutkimusintressien tiimoilta on kehittynyt, mm. psykoterapeutteihin ja heidän eri hoitomuotoihin soveltuvuuteen liittyen Chicagon yliopiston kanssa, jota tullaan edelleen laajentamaan lukuvuoden 2010–2011 aikana tapahtuvan tutkijavaihdon kautta. Helsingin Psykoterapiatutkimus on myös edistänyt vaikuttavuuden arviointimenetelmiä koskevaa tutkimusta yhteistyössä Toledon (USA) yliopiston kanssa ja tehnyt pitkäaikaista yhteistyötä Ulmin ja Berliinin kansainvälisen yliopiston kanssa. Uutta kansainvälistä yhteistyötä on puolestaan syntynyt mm. äskettäin käynnistetyn, näyttöön perustuvia psykoterapiavaikutuksia käsittelevän oppikirjaprojektin osalta Harvardin yliopiston psykologian laitoksen kanssa, sekä psykoterapeuttien ammatillisen toiminnan ja psykoterapiaan liittyvän terveystieteiden arvioimisen osalta Kyoton ja Kyushun yliopistojen klinisen psykologian laitosten kanssa. Lisäksi tehdään myös pohjoismaista yhteistyötä ja tiedonvaihtoa yhteisten tutkimusintressien ja -menetelmien osalta Oslon yliopiston psykiatrian laitoksen ja Linnköpingsin yliopiston käyttäytymistieteiden laitoksen kanssa.

Tutkimuksen vaikutus palvelujärjestelmien kehittämiseen

Tutkimuksen tähänastiset tulokset ovat antaneet palvelujärjestelmälle alustavaa tietoa hoito- ja kuntoutuslinjausten määrittämiseen ja työnjaon pohtimiseen eri toimijoiden kesken. Tutkimus nivoutuu useisiin kansallisiin mielenterveysohjelmiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, b, 2009) ja sen kautta saavutettua asiantuntemusta ja tutkimusosaamista on hyödynnetty kuntoutusjärjestelmän kehittämistyössä ja lausunnonantajana lainsäädännön valmistelussa. On odotettavissa, että tulokset tulevat edistämään nykyistä monipuolisempaa arviointia eri terapia-muotojen vaikuttavuudesta, tarpeesta ja käyttöalasta mielenterveyshäiriöiden hoidossa ja kuntoutuksessa. On myös odotettavissa, että tutkimus tulee vaikuttamaan psykoterapeuttien koulutukseen.

4.2.2 Tutkimuksen vahvuudet

Helsingin Psykoterapiatutkimuksella on useita vahvuuksia, joiden vuoksi sitä voidaan pitää sekä kansallisesti että kansainvälisesti tärkeänä: 1) Lähtökohtaisesti kokeellinen asetelma mahdollistaa terapioiden tehon arvioinnin ja tarjoaa mahdollisuuden arvioida, täyttävätkö tulokset 'näyttöön perustuvan tiedon' kriteerejä. 2) Tutkimukseen valittiin pääasiassa psykodynaamisia terapioiden, joita on tutkittu suhteellisen vähän, mutta jotka tutkimuksen alussa olivat eniten käytettyjä terapioiden Suomessa. Lyhyen psykodynaamisen terapian vertailu tutkimukseen sen lisäksi sisällytettiin ja harvemmin arvioituun voimavarasuuntautuneeseen terapiaan antoi mahdollisuuden erilaisten lyhyiden terapioiden mahdollisesti tuottamien erojen selvittämiseen. Tutkimukseen sisällytettiin lyhyen psykodynaamisen terapian lisäksi pitkä psykodynaaminen terapia, jotta voitiin arvioida myös terapian pituuden vaikutusta hoitotulokseen, mikä osoittautuikin terapiamuodon vaikutusta tärkeämmäksi. Psykoanalyysin sisällyttäminen naturalistiseen asetelmaan mahdollisti sen suhteessa pitkään terapiaan tuottaman mahdollisen lisähyödyn tutkimisen. 3) Tutkimukseen valittiin vain kokeneita terapeutteja, minkä ansiosta hoitokäytännöissä voitiin odottaa olevan vain vähän vaihtelua. 4) Tutkimukseen valitut potilaat kärsivät mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöstä, edustaen siten merkittävintä psykoterapian käyttäjäryhmää. 5) Tutkimuksessa käytettiin monipuolista mittaristoa: aikaisemmin dokumentoituja ja validoituja menetelmiä (so. oireet ja diagnoosi, työ- ja opiskelukyky, aikaisempi hoito, persoonallisuustekijät, sosiaalinen toimintakyky ja terveystietäytyminen) ja lisäksi uusia, ennen käyttämättömiä menetelmiä (esim. hoidon tarpeen, psykoterapiasoveltuvuuden ja kustannusvaikuttavuuden arviointiin), joiden valideiteetti ensin varmistettiin. Potilasta koskevia seurantatietoja saatiin myös terveystietojen sisältävien valtakunnallisten rekisterien avulla. Lisäksi arvioitiin terapeuttien ammatillisia ja henkilökohtaisia ominaisuuksia ja terapeutista yhteistyösuhdetta potilaan ja terapeutin välillä. Tutkimuksessa kerättiin myös verinäytteitä hoidettavuuteen liittyvää geneettistä tutkimusta varten. Paitsi edellä

kuvattua kvantitatiivista tietoa tutkimuksessa kerättiin myös kvalitatiivista tietoa videoimalla psykologin tai psykiatrin toteuttamia potilaiden haastatteluja. Siten on mahdollista hyödyntää ja yhdistää molempia tutkimusotteita ja niiden tuottamaa tietoa. 6) Aineisto oli psykoterapiatutkimusaineistoksi suuri. Samoin potilaiden seuranta oli poikkeuksellisen pitkä ja sen aikana potilaan vointia mitattiin monessa eri mittauspisteessä. 7) Potilaiden osallistumisprosentti oli korkea sekä hoidon että potilaan tilaa kuvaavien mittausten osalta. 8) Seurannasta pois jääneitä potilaita pyrittiin tavoittamaan puhelinhaastatteluin ja lisäksi hyödynnettiin hoitorekisteritietoja. 9) Tutkimuksessa arvioitiin systemaattisesti kerättyjen tietojen kattavuutta ja laatua, tehtiin virhetarkistuksia tiedonkeruuprosessin eri vaiheissa ja toteutettiin erillisiä laaduntarkkailukokeita.

Helsingin Psykoterapiatutkimus tuotti siten sekä kansallisesti että kansainvälisesti katsottuna ainutlaatuisen, laadukkaan aineiston. Lisäksi tutkimuksen yhteydessä kehitettiin ja otettiin käyttöön psykoterapiatutkimukseen soveliaita tilastollisia menetelmiä ja muodostettiin uusia, syventäviä kysymyksenasetteluja, joita tullaan tarkemmin selvittämään jatkotutkimuksissa.

4.2.3 Tutkimuksen rajoitukset

Edellä mainituista tutkimuksen vahvuuksista huolimatta tutkimuksen suunnitteluun, toteutukseen ja tulosten tulkintaan liittyi kuitenkin myös useita heikkouksia ja rajoituksia, joita on hyvä pyrkiä huomioimaan uusia tutkimuksia suunniteltaessa ja toteutettaessa: 1) aineiston keruun kesto, 2) tutkimuksen suunnitteluun ja toteutukseen liittyvät rajoitukset, 3) tutkimusasetelman ja nykyisten näyttöön perustuvien kriteerien rajoitukset, ja 4) tutkimuksen alkuperäisiin tavoitteisiin liittyvät rajoitukset.

Aineiston keruun kesto

Tutkimuksen kenttävaihe oli hyvin pitkäkestoinen ja osa potilaista joutui odottamaan hoitoon pääsyä melko pitkään. Tämä johtui osin siitä, että potilaita voitiin rekrytoida keskimäärin vain yksi viikossa, sitä mukaa kun terapeuttipaikkoja vapautui, jolloin 367 potilaan hoidon aloittaminen kesti noin 6 vuotta. Uusissa tutkimuksissa potilaiden hoitoonohjaus tulisi pyrkiä suunnittelemaan ja toteuttamaan mahdollisimman tehokkaasti ja niin, että potilaiden odotusajat eri terapiamuodoissa olisivat identtiset (satunnaistaminen eri terapiamuotoihin vasta kun jokaisessa terapiamuodossa on vapaa terapeutti). Seuranta-aika hoidon alusta oli psykoanalyysin mukanaolon takia 10 vuotta, joten aineisto tarkistus- ja korjausvaiheiden jälkeen valmistuu vuonna 2011 eli 17 vuotta 1994 aloitetun kenttävaiheen jälkeen. Lopullisten tulosten raportointia joudutaan siten odottamaan hyvin pitkään. Tämä pitkä kesto on toki seurantatutkimuksille tyypillistä ja näin pitkän seuranta-ajan sisältävä aineisto ainutlaatuinen. Tutkimuksen keston ja tällaisen tutkimuksen to-

teuttamisen kalleuden vuoksi vertailutietoa vastaavanlaisesta aineistosta voidaan kuitenkin joutua odottamaan jonkin aikaa.

Tutkimuksen suunnitteluun ja toteutukseen liittyvät rajoitukset

Tärkeimmät tutkimuksen suunnittelusta ja toteutuksesta johtuvat, tulosten tulkintaan vaikuttavat rajoitukset olivat seuraavat: 1) Potilaiden valintakriteerit rajasivat vaikeista persoonallisuushäiriöistä kärsivät mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöpotilaat tutkimuksen ulkopuolelle. Tulokset eivät siten ole yleistettävissä näihin potilaisiin. Toisaalta tämän tutkimuksen potilaiden edustamat häiriöt muodostavat valtaosan, arviolta noin kaksi kolmasosaa, kaikista väestömme ei-psykoottisista häiriöistä, joiden hoitoon psykoterapian voidaan katsoa soveltuvan. 2) Koska tutkimukseen ei eettisistä syistä voitu sisällyttää kontrolliryhmää, ei voida arvioida, mikä osuus potilaiden paranemisesta johtuu terapiahoidon vaikutuksesta ja mikä spontaanista paranemisesta tai siitä, että potilas tietää pääsevänsä hoitoon. Koska kuitenkin muutosten ilmaantumisen ajankohta ja määrä poikkesivat toisistaan lyhyissä ja pitkässä terapiassa, voidaan epäsuorasti päätellä, että nämä ilmensivät todellisia terapiavaikutuksia. 3) Noin joka viides pitkään terapiaan satunnaistettu potilas kieltäytyi hoidosta kuultuaan, mihin ryhmään hän joutuu. Poisjääneiden potilaiden seuranta kuitenkin mahdollistaa kadon vaikutuksen arvioinnin *as-treated* -asetelmassa. 4) Vaikka tämän tutkimuksen mittaristo oli poikkeuksellisen laaja, alustavat tarkastelut viittaavat siihen, ettei sen turvin saada tyhjentäviä vastauksia kaikkiin keskeisiin kysymyksiin. Kerätty kvalitatiivinen aineisto mahdollistaa kuitenkin jossain määrin puutteiden kompensoimisen. Näin ollen tutkimuksessa syntyy tarpeita suorittaa kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen yhteisanalyysia. Jatkotutkimuksissa tulisi pyrkiä keräämään kvantitatiivista tietoa myös uusista keskeisiksi osoittautuneista osa-alueista. 5) Terapiaprosessin monitorointi tässä tutkimuksessa oli niukkaa. Arvioidut yhteistyösuhde, terapeutin ominaisuudet ja potilaan kokemukset hoidosta antavat kuitenkin perustan potilaan ulkopuolisten terapeutekijöiden merkityksen arviointiin. 6) Vaikka tutkimus on laajimpia tähän mennessä aloitettuja psykoterapiatutkimuksia, aineisto on siitä huolimatta tilastollisen analyysin kannalta pieni. Osa potentiaalisista yhteyksistä jäänee tämän takia havaitsematta. Tulevaisuudessa tuleekin aloittaa tutkimuksia (esim. meta-analyysia ja naturalistisia tutkimuksia), joissa aineiston koko on huomattavasti suurempi kuin tässä tutkimuksessa. 7) Osoittautui, että potilaat käyttivät tutkimuksessa annettujen hoitojen lisäksi runsaasti muita hoitoja. Tässä tutkimuksessa on kerätty tietoja potilaiden ottamasta muusta psykiatrisesta hoidosta ja niiden turvin voidaan tehdä joitakin arvioita muun hoidon vaikutuksesta tutkimustuloksiin. Muun hoidon tarpeen mittaaminen tulisi jatkotutkimuksissa kuitenkin tehdä vielä paljon tarkemmin, jotta terapioiden tehoa voitaisiin mahdollisimman luotettavasti apporoksimoida tilastollisin keinoin.

Tutkimusasetelman ja nykyisten näyttöön perustuvien kriteerien rajoitukset

Useat eri tahot ja työryhmät (American Psychiatric Association 1993, American Psychological Association 1995, GRADE Working Group ym. 2004) ovat kehittäneet kriteerejä sille, milloin mielenterveyden häiriöiden hoitoon tarkoitettujen eri hoitomuotojen, kuten psykoterapian, vaikuttavuudesta voidaan sanoa olevan näyttöä (ns. näyttöön perustuvat kriteerit). Eri hoitomuotojen vaikuttavuutta selvittävien tutkimusten tuottaman tutkimusnäytön vahvuuden arviointia varten on tässä yhteydessä kehitetty Suomessakin sovellettu neliasteikollinen skaala (A-D), jossa taso A kuvaa vahvinta ja taso D heikointa näyttöä:

- A. Vähintään 2 korkealaatuista satunnaistettua kontrolloitua koetta, joissa riittävä aineiston koko ja mielellään kontrolliryhmä.
- B. Vähintään 1 korkealaatuinen satunnaistettu kontrolloitu koe, jossa riittävä aineiston koko, tai useita kontrolloituja prospektiivisiä tutkimuksia.
- C. Vähintään 1 ei-satunnaistettu, kontrolloitu prospektiivinen tutkimus.
- D. Asiantuntijien mielipide tai asiantuntijoiden konsensus.

Helsingin Psykoterapiatutkimus suunniteltiin alun perin korkealaatuiseksi satunnaistetuksi kontrolloiduksi kokeeksi, joka tuottaisi edellä kuvattujen näyttöön perustuvien kriteerien mukaista vahvinta näyttöä tutkituista hoitomuodoista. Tutkimuksen edetessä nämä kriteerit, jotka kylläkin soveltuvat hyvin esimerkiksi lyhyisiin, helposti kontrolloitavissa oleviin lääkekokeisiin, osoittautuivat monilta osin liian kapea-alaisiksi ja puutteellisiksi psykoterapiatutkimuksiin, joissa käytetyt hoitomuodot ovat pituudeltaan ja kustannuksiltaan hyvin eri luokkaa, vaikutusten ilmaantuminen ja pysyminen näkyvät vasta pidemmässä seurannassa, olosuhteiden pitäminen muuttumattomana koko pitkän tarkastelujakson aikana ei ole mahdollista eikä eettisesti hyväksyttävää ja koko ajan opitaan uutta näiden hoitomuotojen soveltuvuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä.

Näyttöön perustuvien kriteerien yksi keskeisimmistä ongelmista psykoterapiatutkimuksen kannalta on se, että pitkät terapiat ovat eriarvoisessa asemassa kuin lyhyet terapiat, eivätkä voi siten yhtä helposti saavuttaa A-tason mukaista näyttöä, vaikka kausaaliyhteys olisikin olemassa. Tämä johtuu siitä, että: 1) Pitkien terapioiden toteuttaminen ja tutkiminen on kalliimpaa ja kestää pidempään kuin mitä lyhyiden terapioiden tutkiminen – vahva näyttö lyhyiden terapioiden hyväksi on siis paljon helpompi saavuttaa ja myös tilastollisesti merkitsevät erot saadaan helpommin näkyviin, sillä lyhyissä terapioissa voidaan kerätä samoilla kustannuksilla paljon suurempia aineistoja. 2) Pitkissä terapioissa ei voida eettisistä syistä käyttää altistumatonta kontrolliryhmää tai kieltää potilaita ottamasta muita hoitoja terapian tai sen jälkeisen seurannan aikana. 3) Pitkissä terapioissa ei voida standardoida potilaiden altistumista hoitoon, koska ei ole perusteita käyttää hoitomanuaalia (yksi usein käytetyistä korkealaatuisten psykoterapiatutkimuksen kriteereistä). Tämä johtuu siitä, ettei pitkäkestoisen prosessin vuoksi manuaaliin ole mahdollista kattavasti

sisällyttää kaikkia niitä tekijöitä, joita terapeutin tulee huomioida toteuttaakseen terapiaa joustavasti potilaan kunkin hetkisten tarpeiden ja käsittelykyvyn mukaan (Crits-Christoph ja Barber 2000, Gabbard 2004). 4) Lyhyitä ja pitkiä terapioiden vertailevissa tutkimuksissa ei pystytä salaamaan potilailta eikä heitä arvioivilta haastattelijoilta, onko kysymyksessä pitkä vai lyhyt terapia (toinen usein käytetyistä korkealaatuisen psykoterapiatutkimuksen kriteereistä, ns. kaksoissokkouden vaatimus).

Näyttöön perustuvien kriteerien mukaisesti 'puhtaalla' koeasetelmalla saavutettujen ja replikoitujen tulosten arvottaminen vakuuttavimmaksi ja riittäväksi näytöksi on myös useasta syystä ongelmallista psykoterapiatutkimuksissa. Psykoterapiatutkimuksissa koeasetelmallakaan saavutetuista vaikuttavuustuloksista ei nimittäin useinkaan voida tehdä luotettavia johtopäätöksiä terapioiden todellisesta tehosta sen takia, että usein osa potilaista on käyttänyt tutkimuksessa annettujen hoitojen ja niiden jälkeisen seurannan aikana runsaasti muita hoitoja, jolloin havaitut vaikutukset siis sisältävät muistakin lähteistä kuin tarkastelun kohteena olevasta terapiasta tulevia vaikutuksia. Näiden muiden, annettujen terapiahoitojen rinnalla otettujen hoitojen seuraaminen ja huomioiminen tulosten tulkinnessa on puolestaan tähänastisissa tutkimuksissa lähes kokonaan laiminlyöty. Vaikka satunnaistetuissa kontrolloiduissa kokeissa voidaan siis satunnaistamisella taata tutkittavien yhdenvertaisuus tiettyjen ennen terapiahoitoja vallitsevien tekijöiden suhteen, niin sillä ei voida vaikuttaa tutkittavien ryhmien mahdolliseen eriarvoistumiseen tutkimuksen seurannan aikana vaikuttavien tekijöiden, kuten esimerkiksi potilaiden ottamien muiden hoitojen määrän, suhteen, millä puolestaan voi olla suora vaikutus saataviin vaikuttavuustuloksiin. Näyttöön perustuvia kriteerejä tulisikin siis psykoterapiatutkimuksen alueella päivittää niin, että koeasetelmankin sisältävissä tutkimuksissa vaadittaisiin näiden tuloksiin vaikuttavien ulkopuolisten tekijöiden selvittämistä ja niiden vaikutusten eristämistä hoitojen todellisen tehon selvälle saamiseksi. Terapioiden tehon arvioiminen vaikuttavuustulosten pohjalta muiden hoitojen vaikutukset niistä poistamalla edellyttää oiremuutosten ja muiden hoitojen vuorovaikutusten selvittämistä dynaamisten tilastollisten mallien avulla. Sovellettaessa näyttöön perustuvia kriteerejä psykoterapiatutkimukseen ei ole myöskään huomioitu sitä, että mitä enemmän potilaiden eri terapioihin soveltuvuutta ennustavia tekijöitä tutkitaan ja kartoitetaan, sitä hankalammaksi nykyisissä kriteereissä vahvimman näytön tueksi vaadittujen toistettujen satunnaistettujen kontrolloitujen kokeiden tekeminen tulee, sillä ei ole enää eettisesti hyväksyttävää satunnaistaa potilaita heille soveltumattomiin hoitomuotoihin. Koska erilaiset potilaat soveltuvat erilaisiin hoitomuotoihin, on terapiamuotojen vaikuttavuuden vertailu satunnaistetuissa kontrolloiduissa kokeissa sallittua, ja järkevää, vain sellaisten potilaiden osalta, joiden voidaan katsoa soveltuvan kaikkiin tutkittavina oleviin hoitomuotoihin. Täten tutkimustiedon lisääntyessä satunnaistettuja kontrolloituja kokeita voidaan käyttää yhä suppeampien potilasjoukkojen tutkimiseen ja terapiaan soveltuvuuteen vaikuttavien tekijöiden merkityksen varmistaminen ja hoitojen riittävyteen liittyvien tekijöiden tutkiminen tulee keskittymään yhä

enemmän näyttöön perustuvissa kriteereissä alemmaksi arvotettuihin naturalistiin tutkimuksiin.

Näyttöön perustuvien kriteerien eräänä heikkoutena on myös se, ettei mainittuja tutkimusasetelmia (korkeatasoinen satunnaistettu kontrolloitu koe tai kontrolloitu prospektiivinen tutkimus) ole määritelty yksikäsitteisesti. Ei ole siis tarkasti kuvattu, mitä korkeatasoiselta tutkimukselta edellytetään, eikä määritelty, mitä kontrolloidulla prospektiivisellä tutkimuksella tarkoitetaan; tavanomaisessa tieteellisessä tutkimuksessa naturalistiset prospektiiviset tutkimukset eroavat satunnaistetuista kokeista yleensä juuri sen suhteen, ettei niitä voida kontrolloida, vaan tyydytään vain tarkastelemaan, mitä tutkimukseen osallistuneille seurannan aikana tapahtuu. Arvioitaessa terapioiden vaikuttavuutta nykyisillä näyttöön perustuvilla kriteereillä ei ole myöskään edellytetty, että vertailtavissa tutkimuksissa olisi käytetty samoja potilaiden valintakriteerejä tai samaa seuranta-aikaa tai että vaikuttavuutta ja vaikutusten pysyvyyttä olisi tutkittu kattavasti eripituisissa seurannoissa ennen kuin vedetään johtopäätöksiä kokonaisvaikuttavuudesta.

Eri terapiamuotojen tasavertainen arviointi edellyttäisi siis, että kaikkia näyttöön perustuvia kriteerejä muokattaisiin siten, että eripituisilla terapioidella olisi teoreettisesti tasavertaiset mahdollisuudet täyttää nämä kriteerit, satunnaistetuissa kokeissakin terapiahoidon ja seurannan aikana tuloksiin vaikuttavat ulkopuoliset tekijät huomioitaisiin, satunnaistettujen kontrolloitujen kokeiden rajoitukset tiedostettaisiin ja näkökulmaa eri tekijöiden välisten yhteyksien ja kausaaliiteetin tutkimiseen laajennettaisiin. Eräs ratkaisu tähän on ottaa käyttöön epidemiologiasta tutut Hillin kriteerit (Hill 1965) kausaaliiteetin olemassaolon arvioinnissa. Helsingin Psykoterapiatutkimuksen aineistoon pohjautuva syventävä tutkimus onkin tarkoitus toteuttaa epidemiologisen kohorttitutkimuksen pelisäännöin.

Tutkimuksen alkuperäisiin tavoitteisiin liittyvät rajoitukset

Helsingin Psykoterapiatutkimuksen alkuperäinen tavoite oli kolmen terapiamuodon vaikuttavuuden arvioiminen ja vertaaminen 5 vuoden seurannassa ja lisäksi psykoanalyysin vaikuttavuuden arvioiminen ja vertaaminen 7 vuoden seurannassa. Tämä vaikuttavuusnäkökulma osoittautui kuitenkin liian suppeaksi, mm. siitä syystä, etteivät annetut terapiat 5 vuoden seurannassa osoittautuneet riittäviksi kuin noin 50 % masennuspotilaista, heidän terapiahoitojen lisäksi ottamista runsaista muista hoidoista huolimatta. Keskeisiä kysymyksiä terapioiden tuloksellisuustutkimuksessa tästä eteenpäin ovatkin: 1) Hyötyvätkö potilaat tarkastelun kohteena olevista terapioidista? 2) Onko tarkastelun kohteena olevien terapioiden vaikutusten välillä eroja? 3) Ovatko tarkastelun kohteena olevat terapiat riittäviä? 4) Missä määrin potilaan ja terapeutin ominaisuudet tai hoitosuhde vaikuttavat terapioiden tuloksellisuuteen?

Terapiahoidon tuloksellisuus voidaan siten jakaa terapian vaikuttavuuteen, riittävyyteen ja soveltavuuteen. Satunnaistettu kliininen koe, jossa potilaat ohjataan

satunnaisesti eri terapiamuotoihin, voi antaa tietoa vaikuttavuudesta ja jos kysymyksessä on hyvin lyhyt seuranta, parhaimmassa tapauksessa myös tehosta. Tietoa hoidon riittävydestä tai sen soveltuvuudesta voidaan käytännössä puolestaan saada vain naturalistisessa asetelmassa. Psykoterapian tarpeen kasvaessa tarvitaankin yhä enemmän tutkimukseen perustuvaa tietoa eri hoitomuotojen soveltuvuudesta ja riittävydestä, jotta voitaisiin entistä optimaalisemmin ohjata potilaat heille todennäköisesti vaikuttavimpaan hoitomuotoon, jolloin epäsuotuisat hoitotulokset vähenisivät, saavutetut hoitotulokset pysyisivät paremmin, muun hoidon tarve vähenisi ja terveydenhuollon resurssit saataisiin hyödynnettyä tehokkaammin. Tulevaisuuden syventävän tutkimuksen keskeisinä painopistealueina tulisi olla: 1) terapioiden vaikuttavuus ja teho, 2) terapioiden riittävyys, ja 3) potilaiden ja terapeuttien soveltuvuus eripituisiin terapioihin.

4.3 Syventävä tutkimus

Edellä kuvattuja tulevaisuuden tutkimuksen painopistealueita voidaan osittain tutkia ja niihin liittyviä hypoteeseja kehittää Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa kerätyn seuranta-aineiston pohjalta, kun taas osittain tarvitaan uusia jatkotutkimuksia joko Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa tehtyjen löydösten validoimiseen ja uusien hypoteesien tutkimiseen tai täysin uusien kysymyksenasetteluiden selvittämiseen.

4.3.1 Helsingin Psykoterapiatutkimuksen seuranta-aineistoon perustuva tutkimus

Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa kerättyä seuranta-aineistoa hyödyntämällä voidaan toteuttaa syventävää terapioiden vaikuttavuuden, kustannusvaikuttavuuden ja tehon tutkimusta, sekä tutkia terapioiden riittävyttä ja soveltuvuutta. Tässä syventävässä tutkimuksessa hyödynnetään pitkää 10 vuoden seuranta-aineistoa, sen aikana tehtyjä toistomittauksia ja kerättyjä rekisteritietoja mm. terapioiden pitkäaikaisvaikutusten ja kustannusvaikuttavuuden sekä niissä vaikuttavien potilas-, terapeutti- ja terapeutekijöiden vaikutusten ja niiden välisten dynaamisten yhteyksien tutkimiseen. Kehitetään myös edelleen tutkimusmetodologiaa, paitsi tämän myös muiden samantyyppisten tutkimusten tarpeisiin, sekä edistetään kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen näkökulman yhdistämistä. Voidaan siten odottaa tutkimuksen tuottavan merkittävää tietoa mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöistä kärsivien potilaiden hoidon suunnittelusta, hoitoon ohjauksesta, sekä hoitojen monitoroinnista, kehittämisestä ja rahoittamisesta vastaavien tahojen käyttöön. Tutkimuksen tulokset tullaan raportoimaan tieteellisinä artikkeleina kansainvälisillä foorumeilla sekä kansallisina, yllämainituille tahoille suunnattuina, terveystieteellisinä raportteina. Tutkimuksen uskotaan synnyttävän myös kansallista ja kansainvälistä yhteistyötä ja edelleen uusia jatkotutkimuksia.

Vaikuttavuustutkimus

Lyhyen ja pitkän terapian kokonaisvaikuttavuuden keskinäinen vertailu on paljon monimutkaisempaa ja haastavampaa kuin samanpituisten terapiahoitojen vertailu. Helsingin Psykoterapiatutkimuksen 5 vuoden seurantatulosten mukaan vaikuttavuusprofiilit muuttuvat hoidon ja seurannan keston mukaan. On mahdollista, että läpikäydyt terapiat vaikuttavat hyvinvointiin, ja sitä kautta edelleen työ- ja toimintakykyyn, lisähoitojen tarpeeseen, ja kustannusvaikuttavuuteen, vielä vuosia terapioiden loppumisen jälkeen, ja mahdolliset erot hoitotuloksissa ja niiden pysyvyydessä eri terapioiden välillä näkyvät vasta pidemmässä seurannassa. Tämän vuoksi eri hoitomuotojen, erityisesti vasta viiden vuoden seurantapisteessä päättyneen psykoanalyysin, vaikuttavuutta tulee tutkia edelleen pidemmässä seurannassa. Parhaimpia hoitotuloksia pitkässä seurannassa on odotettavissa niille potilaille, jotka paranevat riittävästi jo saadun lyhyen tai pitkän terapian aikana. Näitä hypoteeseja on tarkoitus tutkia 10 vuoden seuranta-aineistoa hyödyntävässä Helsingin Psykoterapiatutkimuksen syventävässä vaikuttavuustutkimuksessa. Lyhyiden ja pitkien terapioiden todellista keskinäistä vaikuttavuutta ja riittävyttä ymmärretään paremmin, kun potilaiden seurannan aikana ottamien runsaiden muiden hoitojen vaikutus huomioidaan. Vaikuttavuustutkimusta edelleen syventävässä riittävyys- ja soveltuvuustutkimuksessa tuotettuja tietoja, erityisesti lisähoitojen tarpeisiin tai epäsuotuisiin hoitotuloksiin vaikuttavista tekijöistä ja niihin liittyvistä kustannuksista, voidaan hyödyntää terveystaloudellisessa päätöksenteossa arvioitaessa nykyisiä hoito-ohjeita ja käytäntöjä.

Riittävyystutkimus

Pidemmän kokonaiskeston ja tiiviimpien käyntikertojen vuoksi pitkien terapioiden kustannukset voivat kohota huomattavasti lyhytterapioiden kustannuksia korkeammiksi. Lyhytterapioiden aikana ja niiden jälkeen voi kuitenkin ilmetä pitkiä terapioiden suurempaa muun hoidon tarvetta. Lyhyiden ja pitkien terapioiden aikaisesta ja niiden jälkeisestä muun hoidon käytöstä ja siihen johtavista tekijöistä on kuitenkin hyvin vähän tietoa. Eripituisten terapioiden riittävyttä pitkällä tähtäimellä tuleekin tutkia paljon nykyistä kattavammin useista eri näkökulmista. Helsingin Psykoterapiatutkimuksen tulevassa riittävyystutkimuksessa onkin tarkoitus tutkia ja arvioida siinä tutkittujen lyhyiden ja pitkien terapioiden riittävyttä ja sen determinantteja sekä näiden yhteyksien välillä vallitsevia mekanismeja. On odotettavissa, että eripituiset terapiat eroavat merkittävästi riittävyydeltään ja että nämä erot korostuvat pidemmässä seurannassa. On myös olennaista ymmärtää, mitkä terapioiden edeltävät, niiden aikaiset ja niiden jälkeen vaikuttavat tekijät ovat yhteydessä hoidon tuloksellisuuteen ja muun hoidon tarpeen realisoitumiseen. Nämä tekijät saattavat liittyä potilaaseen (esim. diagnoosi, oiretaso, persoonallisuus), terapiaprosessiin (esim. terapeutin ammatilliset taidot, potilaan ja terapeutin välinen yhteistyösuhde), tai terapian ulkopuolisiin asioihin (esim. erilaiset elämäntapahtu-

mat, sosiaalinen tuki). Näitä tekijöitä ja mahdollisia niiden välisiä yhdysvaikutuksia voidaan tutkia sekä kvantitatiivisin että kvalitatiivisin menetelmin. Kvantitatiivisen tutkimuksen keinoin voidaan tunnistaa potilaita, joilla on erilaiset hoitotulosprofiilit, ja poimia näiden erilaisten profiilien edustajia syventävään kvalitatiiviseen tutkimukseen. Kvalitatiivisen tutkimuksen perusteella voidaan tuottaa hypoteeseja näihin erilaisiin profileihin vaikuttavista tekijöistä mahdollisesti edelleen analysoitavaksi isommassa aineistossa kvantitatiivisen tutkimuksen keinoin. Näitä tuloksia voidaan edelleen hyödyntää kehitettäessä menettelyitä potilaiden hoitoon ohjaukseen ja hoidon monitorointiin ja seurantaan, sekä sellaisten potilaiden mahdollisimman varhaiseen tunnistamiseen, jotka eivät hyödy annetuista hoidoista ja ovat siten syrjäytymisvaarassa. Tarvitaan edelleen uusia jatkotutkimuksia tällaisen potilasryhmien vaihtoehtoisten hoitomuotojen tutkimiseen ja kehittämiseen.

Soveltuvuustutkimus

Yhtenä mahdollisena syynä epäsuotuisaan tai riittämättömään hoitotulokseen, jota kuvastaa vain vähäiset muutokset potilaan voinnissa tai muun hoidon tarpeen realisoituminen, voi olla potilaan ohjautuminen hänelle sopimattomaan tai ei-optimaaliseen hoitoon, joko johtuen satunnaistamisesta (satunnaistetussa kontrolloidussa kokeessa) tai puutteellisista tiedoista (koskien potilaiden erilaisiin hoitoihin soveltuvuuteen vaikuttavia tekijöitä). Koska kokonaisvaltaista tutkimusta siitä, mikä terapia on kenellekin vaikuttavin, on vain vähän ja koska tiedot terapiassa tapahtuvaan paranemiseen vaikuttavista tekijöistä tai mekanismeista ovat puutteelliset (Kazdin 2009), tarvitaan yhä paljon lisätutkimusta potentiaalisista terapian soveltuvuuteen ja tuloksellisuuteen vaikuttavista potilas-, terapeutti- tai terapiatekijöistä (Lambert ja Barley 2002), niiden keskinäisestä merkityksestä ja niiden välisistä yhteyksistä. Potilaaseen liittyvistä tekijöistä sosiodemografisia tekijöitä (Marttunen ym. 2008, Ogrodniczuk ym. 2001), häiriön vakavuutta ja hoitohistoriaa (Cooper ym. 2002, Marttunen ym. 2008, Shapiro ym. 1994), lapsuuden traumoja (Kurki 2008) ja muita psykososiaalisia tekijöitä (Marttunen ym. 2008, Valbak 2004) on pidetty tärkeinä arvioitaessa erilaisiin terapioihin soveltuvuutta ja edelleen ennustettaessa hoitotulosta. Vastaavasti terapeuttiin liittyvistä tekijöistä sosiodemografisten, sekä terapeuttien henkilökohtaisiin ja ammatillisiin ominaisuuksiin liittyvien tekijöiden on arveltu vaikuttavan terapian tuloksellisuuteen (Beutler ym. 2004). Terapiaprosessiin liittyvistä tekijöistä puolestaan terapian muodon ja pituuden (Churchill ym. 2001, Knekt ym. 2008a) ja potilaan ja terapeutin välisen yhteistyösuhteen laadun (Horvath ja Symonds 1991) tiedetään ennustavan psykoterapiatulosta.

Helsingin Psykoterapiatutkimuksen tulevassa soveltuvuustutkimuksessa on tarkoitus tutkia laajasti erilaisten potentiaalisten potilaaseen, terapeuttiin tai terapiaprosessiin liittyvien tekijöiden ennustekykä suhteessa lyhyen ja pitkän terapian tuloksellisuuteen sekä arvioida näiden eri tekijöiden suhteellista keskinäistä merkitystä hoidon onnistumiseen vaikuttavien keskeisimpien tekijöiden tunnistamiseksi.

si. Tähänastinen soveltuvuustutkimus on keskittynyt lähinnä lyhyiden terapioiden tuloksellisuuteen vaikuttavien tekijöiden tutkimiseen ja siinä on ilmennyt, että näiden tekijöiden ennustekyky suhteessa erityyppisten lyhyiden terapioiden tuloksellisuuteen on samanlainen (Valbak 2004). Näiden tekijöiden ennustekyky ei kuitenkaan välttämättä ole samanlainen pitkissä terapioissa. Kirjallisuudessa onkin esitetty, että potilaille, joilla on hyvät arvot tällaisissa soveltuvuustekijöissä, riittää lyhyt terapia, kun taas potilaat, joilla on huonot arvot soveltuvuustekijöissä, tarvitsevat pidempää terapiaa (Hoglund 1993). Helsingin Psykoterapiatutkimuksen 3 vuoden seuranta-aineistoon pohjautuvan, psykologisten soveltuvuustekijöiden ennustekykyä suhteessa potilaiden oireiden kehittymiseen lyhyessä ja pitkässä terapiassa selvittävän, soveltuvuustutkimuksen alustavat tulokset tukevat tätä hypoteesia (Laaksonen 2008). On odotettavissa, että jatkotutkimuksissa, joissa hyödynnetään kattavammin erilaisia ennustetekijöitä ja tulostittareita, löydetään lisää vastaavanlaisia lyhyen ja pitkän terapian tuloksellisuutta erottelevia soveltuvuustekijöitä. Terapiaan liittyvistä tekijöistä Helsingin Psykoterapiatutkimuksen aineistoon pohjautuen voidaan tutkia, ja on jo osin tutkittukin, terapian muodon ja pituuden samoin kuin yhteistyösuhteen laadun vaikutusta terapian tuloksellisuuteen. Potilaaseen liittyvistä tekijöistä voidaan puolestaan tutkia sosiodemografisten tekijöiden, psykiatristen oireiden ja diagnoosien, psykiatrisen historian ja aikaisemman hoidon, lapsuuden perheen ilmapiirin, sekä sosiaalisten ja psykologisten tekijöiden ennustekykyä. Terapeuttiin liittyvien tekijöiden osalta voidaan puolestaan tutkia sosiodemografisten tekijöiden, koulutuksen ja kokemuksen, sekä ammatillisten ja henkilökohtaisten ominaisuuksien vaikutusta eripituisten terapioiden tuloksellisuuteen. Myös näiden potentiaalisten soveltuvuustekijöiden yhteyksiä terapioiden kustannusvaikuttavuuteen tullaan selvittämään ja niiden keskinäistä merkitystä vertailemaan. Tämän soveltuvuustutkimuksen perusteella voidaan siten tuottaa kattava kriteeristö niistä tekijöistä, jotka olennaisimmin vaikuttavat eripituisten terapioiden tuloksellisuuteen ja kustannusvaikuttavuuteen ja joita tulisi jatkossa entistä tarkemmin tutkia ja huomioida ohjattaessa potilaita hoitoihin. Tällaiselle tutkimusnäyttöön perustuvalla, potilaiden yksilölliset tarpeet huomioon ottavalle ja kustannusvaikuttavuutta tehostavalle optimaalisen terapiahoidon valintakriteeristölle on suuri tarve (PDM Task Force 2006), erityisesti terapiahoitojen yleistyessä, käytettävissä olevien resurssien optimoimiseksi.

Metodologinen tutkimus

Terapioiden tehon estimointi suoritetaan vakioimalla muun hoidon vaikutus dynaamisissa malleissa. Näissä malleissa hyödynnetään tietoja muun hoidon aloittamisen ja lopettamisen ajankohdista ja sen vaikutuksesta tulosmuuttujiin. Muun hoidon aloittamisen todennäköisyys voi riippua oireista (tulosmuuttuja) ja muutokset oireissa muun hoidon aloittamisen jälkeen voivat johtua muusta hoidosta.

Eri tutkimuksissa saatuja vaikuttavuustuloksia voidaan yhdistää ja vertailla meta-analyysillä, jossa tutkittavan tekijän ja tulosmuuttujan välisen yhteyden voimakkuutta mittaavat tunnusluvut, kuten korrelaatiokerroin, suhteellinen riski tai ristitulosuhde (odds ratio), yhdistetään satunnaisten vaikutusten mallissa (Der-Simonian ja Laird 1986, Knekt ym. 2004). Myös Cohenin vaikutuksen suuruutta kuvaava *effect size* (ES) -tunnusluku on ollut suosittu tapa tutkia ja vertailla eri hoitomuotojen vaikuttavuutta ja meta-analyyseja myös tähän tunnuslukuun perustuen on toteutettu (Leichsenring ja Rabung 2008). Tämän tunnusluvun käyttö ja tulkinta on kuitenkin ongelmallista, sillä sen laskentaan kuuluu hoitovaikutuksen standardointi, jakamalla hoitoa edeltävän ja sen jälkeisen tulosmuuttujan keskiarvotasojen erotus keskihajonnalla, ja tämän keskihajonnan valinnalla on voimakas vaikutus tunnusluvun arvoon. Ideaalitalanteessa tulisi käyttää väestön keskihajontaa, mutta koska se on usein tuntematon, estimoidaan keskihajonta otoksesta. Tällöin kuitenkin otoksen valinta voi olennaisesti vaikuttaa saataviin tuloksiin: mitä homogeenisemmaksi rajattu otos sitä suurempi ES-tunnusluvun arvo. Suuri ES-tunnusluvun arvo ei siis välttämättä heijasta suurta hoitovaikutusta eikä eri kriteereillä rajatuista otoksista laskettujen ES-tunnuslukujen vertailu ole välttämättä tasavertaista. Useissa ES-tunnuslukua käyttäneissä tai vertaileissa julkaisuissa ei kuitenkaan ole raportoitu keskihajonnan suuruutta eikä saatuja tuloksia voida siis suhteuttaa valittuihin otoksiin. Näitä Cohenin ES-tunnuslukuun liittyviä ongelmia on tunnistettu ja käsitelty kirjallisuudessa (Bhar ym. 2010, Greenland ym. 1991, Greenland ym. 1986) ja tämän tunnusluvun käyttämisen sijaan tulisikin, niin yksittäisissä tutkimuksissa kuin meta-analyyseissa käyttää alussa mainittuja tilastollisilta ominaisuuksiltaan asianmukaisia tunnuslukuja.

Kun erilaisten potilaaseen, terapeuttiin tai terapiaan liittyvien tekijöiden merkitystä suhteessa terapian tuloksellisuuteen on kattavasti tutkittu, on luonnollista seuraavaksi pyrkiä selvittämään merkityksellisiksi osoittautuneiden tekijöiden suhteellista keskinäistä merkitystä. Tätä voidaan arvioida niin sanotun väestösyysosuustunnusluvun avulla, joka mittaa, miten suuri osuus psykoterapian tuloksellisuudesta on selitettävissä näillä eri ennustetekijöillä (Laaksonen ym. 2010b). Helsingin Psykoterapiatutkimuksen syventävässä vaiheessa tämä tunnusluku tullaan yleistämään soveltuvaksi toistomittauksia sisältäviin kohorttitutkimuksiin.

Latentteja kasvukäyrämalleja on käytetty psykoterapiatutkimuksessa potilaiden ryhmittelemiseksi seurannan aikaisilta hoitotulosprofileiltaan samankaltaisiin ryhmiin ja näihin eri ryhmiin kuulumista selittävien tekijöiden tutkimiseksi. Helsingin Psykoterapiatutkimuksen alustavien analyysien mukaan tällaisten perinteisten kasvukäyrämallien käyttäminen pitkän seuranta-ajan aineistossa, jossa toistomittauksia on kohtalaisen harvoin, aiheuttaa ongelmia estimointiproseduureissa ja siksi tätä menetelmää tulee vielä edelleen kehittää ennen kuin sen potentiaaliset hyödyt saadaan näkyviin.

Selvitetään mahdollisuuksia tilastollisesti yhdistää eri mittareilla mitattujen samankaltaisten ilmiöiden tuloksia yhdeksi tulokseksi. Tällainen kysymys on esi-

merkiksi oiremittareiden yhdistäminen. Myös edellytykset yhdistää eri mittareiden tuloksia kliinisen merkittävyyden arvioiksi selvitetään.

Kvantitatiivisilla mittareilla ja menetelmillä ei välttämättä aina saavuteta riittävää tietoa terapian onnistumisen tai epäonnistumisen syytekijöistä. Tällöin kvalitatiivisen aineiston ja kvalitatiivisten menetelmien avulla voidaan mahdollisesti tuottaa syventävää tai täydentävää tietoa hoitoennusteisiin vaikuttavista yksilöllisistä tekijöistä tai vaikutusmekanismeista.

Helsingin Psykoterapiatutkimuksen syventävässä vaiheessa tehtävässä, kvantitatiivista ja kvalitatiivista näkökulmaa yhdistävässä tutkimuksessa potilaat jaetaan hoitotuloksensa perusteella 4 eri ryhmään: 1) potilaisiin, jotka saavuttavat riittävän hoitotuloksen lyhyessä terapiassa, 2) potilaisiin, jotka saavuttavat riittävän hoitotuloksen pitkässä terapiassa, 3) potilaisiin, jotka eivät saavuta riittävää hoitotulosta lyhyessä terapiassa, ja 4) potilaisiin, jotka eivät saavuta riittävää hoitotulosta pitkässä terapiassa. Tutkimukseen on suunniteltu otettavan 40 potilasta (10 jokaisesta hoitotulosryhmästä) ja käytettävä kvalitatiivinen aineisto perustuu heidän ennen terapian alkua ja 7, 12, 36, 60 ja 84 kuukauden seurannan jälkeen toteutettuihin haastatteluihin. Kvalitatiivisena analyysimenetelmänä käytetään tämän haastattelumateriaalin sekventiaalista analyysia, jonka avulla voidaan kuvata, testata ja uudelleen määritellä terapian soveltuvuuteen ja riittävyyteen vaikuttavia tekijöitä. Kvalitatiivisessa analyysissa kehitettyjä hypoteeseja voidaan edelleen testata kvantitatiivisin menetelmin.

4.3.2 Jatkotutkimukset

Helsingin Psykoterapiatutkimus luo hyvän lähtökohdan jatkotutkimuksille, joiden turvin voidaan mahdollisimman luotettavasti tehdä johtopäätöksiä siitä, millä ratkaisulla voitaisiin päästä optimaaliseen kustannusvaikuttavuuteen mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöistä kärsivien potilaiden hoidossa. Seuraavanlaisia jatkotutkimuksia tulisi tehdä: 1) Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa tehtyjen soveltuvuuslöydösten validoiminen, 2) Helsingin Psykoterapiatutkimuksen tulosten soveltaminen väestötasolla ja väestötutkimusten tulosten hyödyntäminen psykoterapiatutkimuksessa, 3) Tutkimusaineistojen laajentaminen meta-analyysien avulla ja uusien aineiston keräyksiin, 4) Tietovarantojen laajentaminen sekä 5) Kysymyksenasetteluiden yleistäminen ja monipuolistaminen muihin hoitomuotoihin ja yhdistelmähoitoihin.

Helsingin Psykoterapiatutkimuksen soveltuvuuslöydösten validoiminen

Helsingin Psykoterapiatutkimuksen yhteydessä aloitetun soveltuvuustutkimuksen alustavien tulosten mukaan on löydettävissä joukko potilaaseen liittyviä tekijöitä, jotka ennustavat heidän soveltumistaan eripituisiin terapioihin ja siten edelleen heidän psykoterapiatulostaan. Helsingin Psykoterapiatutkimuksen syventävässä

vaiheessa tätä soveltuvuustutkimusta tullaan edelleen laajentamaan ja syventämään edellisessä kappaleessa kuvatulla tavalla. Jatkotutkimukseksi suunnitellun Toimivan potilasohjaus (TOP) -hankkeen tavoitteena puolestaan on testata käytännössä näiden soveltuvuustekijöiden toimivuutta ja näihin tuloksiin ja kliinisiin kokemuksiin pohjautuen kehittää soveltuvuuskriteeristöä ja mallia potilaiden ohjaamiseksi lyhyeen tai pitkään terapiaan. Tämä tutkimus on tarkoitus toteuttaa yhteistyössä Ylioppilaiden Terveystieteiden keskuksen (YTHS) kanssa, sen potilasaineistoon pohjautuen.

Helsingin Psykoterapiatutkimuksen tulosten soveltaminen väestötasolla ja väestötutkimusten tulosten hyödyntäminen psykoterapiatutkimuksessa

Helsingin Psykoterapiatutkimuksesta saatuja tuloksia on mahdollista yhdistää edustaviin väestötutkimusaineistoihin, kuten Terveys 2000 -aineistoon, sen selvittämiseksi, miten saadut tulokset heijastuvat väestötasolle (esim. väestötasoinen lyhyen ja pitkän psykoterapian tarve). Tällaista väestötasoa tietoa tarvitaan myös tehtäessä edustavia arvioita esimerkiksi psykiatristen oireiden tasosta ns. normaaliväestössä. Tätä tietoa voidaan edelleen hyödyntää psykoterapiatutkimuksessa arvioitaessa kliinisesti merkitsevää oiremuutosta, toipumista, paranemista ja näille asetettavia raja-arvoja.

Tutkimusaineistojen laajentaminen meta-analyysiin ja uusien aineistojen keräykseen

Psykoterapiatutkimuksen eräänä keskeisenä piirteenä on tutkimusaineistojen pienenä, joka usein estää mahdollisesti merkittävien yhteyksien ja ilmiöiden esille tulemisen. Toisaalta alalla yleisesti käytetyn yhteyden voimakkuuden mittarin, Cohenin *effect size* -tunnusluvun ominaisuuksista johtuen pienten ja tarkoin rajattujen aineistojen analysointi kyseisellä menetelmällä johtaa vakaviin annetun terapian ja tulosmuuttujan välisen yhteyden voimakkuuden yliarviointeihin edellisessä kappaleessa kuvatulla tavalla (Bhar ym. 2010, Fournier ym. 2010, Knekt ym. 2009, Leichsenring ja Rabung 2008). Harhattomien ja stabiilien arvioiden muodostamiseksi tulisi aloittaa laaja *joint*-analyysi, jossa standardisoidaan mukaan otettavat aineistot yhteisen protokollan avulla ja analysoidaan niitä epidemiologisessa tutkimuksessa yleisesti käytössä olevin menetelmin. Tällainen tutkimus voi pohjautua soveltuvilta osin jo julkaistuihin aineistoihin, mutta uusien tutkimuskysymysten ja mittausten menetelmien kehittyessä on syytä harkita uusien *joint*-analyysien aloittamista uusiin aineistoihin perustuen.

Tietovarantojen laajentaminen

Psykoterapiatutkimuksen väestötasolle yleistämisen mahdollistamiseksi tulisi tietyn valtakunnalliset sosiaali-, terveys- ja terveydenhuollon ammattihenkilörekis-

teritiedot täydentää. Tulisi myös arvioida, olisiko syytä perustaa tutkimustarpeita palveleva terapiahoidon asiakasrekisteri.

Kysymyksenasetteluiden yleistäminen ja monipuolistaminen muihin hoitomuotoihin ja yhdistelmähoitoihin

Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa kertyneitä kokemuksia sekä tehtyjä tutkimuksellisia ja metodologisia innovaatioita voidaan edelleen hyödyntää ja kehittää sovellettaviksi uusilla tutkimusalueilla yhteistyössä kliinisestä hoidosta ja tutkimuksesta vastaavien tahojen kanssa. Näitä uusia tutkimusalueita, jotka voisivat hyötyä Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa kertyneestä asiantuntemuksesta, ovat siinä epäsuotuisia hoitotuloksia kokeneen potilasryhmän edelleen tutkiminen ja heidän hoitotulostensa parantaminen vaihtoehtoisin hoitomuodoin tai yhdistelmähoitoin ja siten potilaiden yksilölliset tarpeet huomioivan porrastetun hoitojärjestelmän kehittäminen, niin mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöistä kuin muistakin mielenterveyden häiriöistä kärsivien hoitoon. Yksi kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta olennainen, Helsingin Psykoterapiatutkimuksesta poisjätetty, potilasryhmä on masennuspotilaat, jotka kärsivät samanaikaisesta vakavasta persoonallisuushäiriöstä. Paitsi psykoterapioiden vaikuttavuuden tutkimiseen Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa sovellettuja ja edelleen kehitettäviä lähestymistapoja voidaan käyttää myös erilaisista psykososiaalisista ongelmista kärsiville henkilöille suunnattujen interventiodien ja palveluiden vaikuttavuuden, riittävyys ja soveltuvuuden tutkimiseen, myös heidän syrjäytymisensä ehkäisemiseksi. Tähän liittyen onkin Helsingin Psykoterapiatutkimuksen ja Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) piirissä käyty alustavia yhteistyökeskusteluja mm. pitkäaikaistyöttömiin ja peliongelmaisiin liittyvien hankkeiden tiimoilta.

4.4 Tutkimustulosten soveltaminen ja hyödyntäminen terveystieteellisessä suunnittelussa

4.4.1 Tutkimuksen tähänastinen rooli terveystieteellisessä keskustelussa

Helsingin Psykoterapiatutkimuksen terveystieteellinen rooli on tähän mennessä kehittynyt omien tutkimustulosten raportointiin laajasti kansallisella ja kansainvälisellä foorumilla ja osallistumiseen psykoterapiatutkimuksen asiantuntijaryhmänä koulutus- ja yhteistyöryhmiin palvelujärjestelmän toimijoiden, mielenterveyssektorin viranomais tahojen ja psykoterapiakoulutuksen edustajien kanssa (mm. STM, Kela, THL, Kuntoutussäätiö, YTHS, julkinen mielenterveyssektori, psykoterapeuttijärjestöt, Psykoterapian konsensuskokous, Käypä hoito -työryhmät, Valvira), joilla on merkittävä rooli palvelujärjestelmää tukevassa päätöksenteossa ja järjestelmän kehittämisessä.

Tässä raportoitujen vaikuttavuustutkimuksen tulosten pohjalta voidaan tehdä kuitenkin vain rajoitetusti suoria terveystieteellisiä johtopäätöksiä. Tulokset vahvistavat aikaisempaa tietoa siitä, että hyvinkin erilaisilla lyhyillä terapioilla saavutetaan samansuuruisia tuloksia. Tulokset viittaavat myös siihen, että lyhyt- ja pitkäkestoisiin terapioihin liittyy erilaisia käyttötärpeita ja vaikutusmekanismeja. Vaikutusten ilmaantuminen eri tavoin – lyhyissä terapioissa keskimäärin nopeasti terapian aikana tai sen loppuun mennessä ja pitkässä terapiassa hitaammin sen loppuun mennessä – korostaa tarvetta kehittää yksilöllistä hoidon ja kuntoutuksen tarpeen arviointia. Vain osittain toipuneiden potilaiden suuri määrä kaikissa hoitorhmissä korostaa tarvetta kiinnittää erityistä huomiota hoitotulosten monitorointiin. Alustavat tulokset pitkäaikaisseurannassa ilmenneestä laajasta muiden hoitojen käytöstä etenkin lyhyiden terapioiden jälkeen tulee jatkossa ottaa huomioon arvioitaessa palvelujärjestelmän toimivuutta ja pitkän tähtäimen kustannusvaikuttavuutta. Vaikuttavuustutkimuksen viiden vuoden seurannan tulosten pohjalta ei kuitenkaan voida tehdä kauaskantoisia linjauksia lyhyiden ja pitkien psykoterapioiden käyttötärpeistä ja resurssien kohdentamisesta, vaan ne osoittavat ennemminkin suuntaa tämän mahdollistavalle jatkotutkimukselle ja kehittämistyölle.

4.4.2 Tulevat terveystieteelliset painopistealueet

Helsingin Psykoterapiatutkimuksen syventävän tutkimuksen ja jatkotutkimusten turvin voidaan käynnistää kehittämistyö (asiantuntija-, tutkimus-, arviointi- ja koulutusyhteistyö), joka tähtää psykoterapian palvelu- ja koulutusjärjestelmän kehittämiseen ja sitä kautta sosiaali- ja terveyspalveluiden parempaan kohdentuvuuteen tuottamalla tietoa hoitosuosituksen, hoitojen monitoroinnin ja terapeuttikoulutuksen kehittämiseksi. Tavoitteena on näyttöön perustuvien hyvien käytäntöjen edistäminen järjestelmän kehittämisen suunnittelussa, toimintamallien arvioinnissa ja implementoinnissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Helsingin Psykoterapiatutkimuksen syventävän tutkimuksen ja uusien jatkotutkimusten tulosten ollessa käsillä on odotettavissa, että niitä soveltamalla voidaan ratkaisevasti vaikuttaa tähän terveystieteelliseen suunnitteluun.

Hoitosuosituksen kehittäminen

Psykoterapiatarpeen arvioinnissa ja erilaisiin psykoterapioihin ohjaamisessa ei nykyisellään ole olemassa yhtenäisiä käytäntöjä, vaan hoitoonohjaus tapahtuu paljolti ohjaavien henkilöiden subjektiivisten näkemysten ja kliinisen kokemusten perusteella. Mielenterveysongelmien hoitokäytäntöjä ohjataan suosituksin, jotka perustuvat sekä tutkimusnäyttöön että kliinisten näkökohtien huomioimiseen (American Psychological Association 2006). Tutkimusnäyttöä lyhyen tai pitkän terapian valinnan tueksi ei ole juurikaan ollut käytettävissä ennen Helsingin Psykoterapiatutkimusta. Myöskään toimivien soveltuvuuden arviointimenetelmien käyttöön

ei ole suosituksissa kiinnitetty riittävästi huomiota, vaikka tarve näiden käyttöön-ottoon on suuri. Helsingin Psykoterapiatutkimuksen syventävään vaiheeseen kuuluva, terapioiden riittävyteen ja soveltuvuuteen liittyvä tutkimus on kuitenkin jo tähän mennessä vahvistanut sen, että potilaiden soveltuvuutta eripituisiin terapioihin voidaan luotettavasti arvioida ja näin optimoida hoitomuodon valintaa.

Potilaiden optimaalisen hoitomuodon arviointiprosessin helpottamiseksi ja tehostamiseksi tulisi kehittää hoitosuositusasoinen tutkimusnäyttöön ja kliiniseen kokemukseen perustuva ohjeisto niistä tekijöistä, joilla on merkittävä vaikutus tietyn tyyppisistä mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden eri hoitoihin soveltuvuuteen ja niistä hyötymiseen. Tätä ohjeistoa käyttäen voitaisiin arvioida potilaiden soveltuvuutta erilaisiin hoitoihin ennen heidän hoitoonohjaustaan. Tällaisella nykyistä optimaalisemmalla hoitoonohjauksella voitaisiin todennäköisesti merkittävästi parantaa hoitotuloksia ja vähentää hoitokierteeseen joutumista ja siten tuntuvasti tehostaa hoitojen kustannusvaikuttavuutta. Tällöin myös resurssit riittäisivät nykyistä paremmin kasvavan hoitotarpeen tyydyttämiseen. Kansallisesti yhtenäisempien arviointi- ja hoitoonohjauksikriteerien avulla pystyttäisiin myös vähentämään nykyjärjestelmään sisältyvää alueellista eriarvoisuutta.

Helsingin Psykoterapiatutkimus on jo paljastanut useita lyhyeen ja pitkään psykoterapiaan soveltuvuuden kannalta keskeisiä tekijöitä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöpotilaiden osalta ja useita lisätutkimuksia on meneillä (Liite 2). Kun näitä eri osa-alueita (mm. potilaan sosiodemografiset tekijät, psykiatriset oireet ja diagnoosit, psykiatrinen historia ja aikaisemmat hoidot, lapsuudenaikaiset kokemukset, sosiaaliset ja psykologiset tekijät) on kartoitettu kattavasti, on niiden keskinäistä merkitystä tarkoitus verrata siihen soveltuvalla menettelyllä (väestösyysuus), jotta lukuisten soveltuvuustekijöiden joukosta saadaan poimittua keskeisimmät ja siten muodostettua riittävän kompakti soveltuvuuskriteeristö. Toimivan ja kattavan soveltuvuuskriteeristön implementoimiseksi käytäntöön tarvitaan vielä kriteereitä testaavaa uutta tutkimusta (johon liittyviä suunnitelmia on jo tehty) sekä uutta tutkimustietoa niistä potilasryhmistä (mm. vakavat persoonallisuushäiriöt) ja niihin liittyvistä soveltuvuustekijöistä, joita ei Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa tutkittu.

Kokonaisvaltaisena tavoitteena on sellaisen palvelujärjestelmän kehittäminen, joka pystyisi vastaamaan hoito- ja kuntoutustarpeisiin mahdollisimman taloudellisesti, tehokkaasti ja yksilöllisen tarpeen mukaisesti. Psykoterapiaan liittyvien hoitosuosituksen kehittäminen edellyttää laajaa yhteistyötä, jossa luontevia yhteistyökumppaneita ovat tieteellisestä psykoterapiatutkimuksesta ja kliinisestä koulutuksesta vastaavat tahot, mielenterveyspalveluita järjestävät tahot sekä Käypä hoito-suosituksia ja Hyviä klinisiä käytäntöjä kehittävät asiantuntijaorganisaatiot. Helsingin Psykoterapiatutkimuksen rooli tällaisessa yhteistyössä on suunniteltu olevan, käytettävissä olevien resurssien puitteissa, asiantuntijaryhmissä tarvittavan tutkimustiedon kokoajana (esim. meta-analyysit), koulutustarpeiden arvioijana ja osin toteuttajana. Uusien tutkimusnäyttöön perustuvien tietojen siirtäminen

osaksi hoitosuosituksia ja käytäntöä tulisi tehdä mahdollisimman tehokkaaksi (Mäntyranta ym. 2003). Hoitosuositusten implementointi käytäntöön edellyttää koulutuksellista ja muuta yhteistyötä palvelujärjestelmän kehittämistä vastaavien keskeisten tahojen ja psykoterapiaan ohjaavien julkisen ja yksityisen sektorin toimijoiden kesken (mm. THL, alueelliset mielenterveysyksiköt, YTHS).

Hoitojen monitorointimenetelmien arviointi ja kehittäminen

Potilaiden hoitoonohjauksen jälkeen psykoterapian etenemistä ja potilaan voinnin kehittymistä ei useinkaan seurata systemaattisesti. Sekä yksittäisten terapeuttien että hoitoja koordinoivien ja rahoittavien tahojen seurantakäytännöt vaihtelevat suuresti, seuranta toteutuu harvakseltaan, eikä se yleensä perustu standardoituihin menetelmiin. On kuitenkin osoitettu, että hoidon aikaisella seurannalla voidaan jo varhain ratkaisevasti vaikuttaa hoitotulokseen, erityisesti epäsuotuisasti etenevien terapiaprosessien tunnistamisella ja niihin puuttumisella (Shimokawa ym. 2010).

Potilaiden hoitojen aikaisen ja niiden jälkeisen voinnin seurantaan tulisi kehittää riittävän yksinkertaisia kyselyyn tai haastatteluun pohjautuvia menettelyjä, jotka eivät häiritsisi hoitoprosessia, mutta joilla voitaisiin edistää huonoa hoitotulosta ennustavien tekijöiden varhaista tunnistamista. Tällöin voitaisiin jo hoidon aikana kiinnittää terapeutin huomiota mahdollisesti ongelmalliseen yhteistyösuhteeseen ja potilaan tilan kehittymiseen, ja siten mahdollistaa hoidon toteutuksen ja potilaan kulloistenkin hoidon tarpeiden ajantasainen arviointi. Tämä todennäköisesti edistäisi parempia hoitotuloksia ja niiden pysyvyyttä sekä ehkäisisi häiriöiden uusiutumista. Hoitojärjestelmän toteuttamana systemaattinen monitorointi myös tuottaisi kehitystyössä tarvittavaa seurantatietoa erityyppisten potilaiden hoidettavuudesta ja yksittäisten terapeuttien toiminnasta.

Helsingin Psykoterapiatutkimuksen piirissä kertynyttä kokemusta ja tutkimustietoa hoitojen vaikuttavuuden monivuotisesta seurannasta eri tuloksellisuusmittareilla voidaan soveltaa kehitettäessä seurantamittareita myös yleisempään käyttöön mielenterveyssektorilla ja opastettaessa niiden arviointia ja käyttöä. Jatkotutkimuksessa voidaan selvittää, minkä kysely- ja haastattelumenetelmien ja indikaattoreiden avulla parhaiten tunnistetaan epäsuotuisia hoidon aikaisia ja sen jälkeisiä kehityskulkuja.

Tämän tutkimuksen pohjalta voidaan kehittää ja testata suppean monitorointimittariston toimivuutta omassa aineistossa ja uusissa aineistoissa ja selvittää yhteistyömahdollisuuksia terapioiden toteutusta koordinoivien tahojen (mm. Kela ja alueelliset mielenterveysyksiköt) kanssa sellaisen integroimiseksi osaksi potilaiden hoitokäytäntöjä.

Psykoterapian koulutusjärjestelmän kehittäminen

Psykoterapiakoulutuksia järjestävät lukuisat tahot hyvin erilaisin sisällöin, joissa kliinisen opetuksen laatu ja kattavuus sekä ajantasaisen tutkimustiedon hyödyntäminen voivat vaihdella paljon. Koulutusten laadun varmistaminen ja psykoterapiaan liittyvän ajantasaisen tutkimustiedon integroiminen koulutukseen on osaltaan ongelmallista siksi, että valtaosa koulutuksista toteutuu julkisen koulutusjärjestelmän ulkopuolella (Lahti ym. 2003).

Psykoterapiakoulutuksia olisi hyvä pyrkiä yhtenäistämään ja kehittämään niin, että niiden yhteydessä koulutettaville terapeuteille välitettävän näyttöön perustuvan tutkimustiedon määrää lisättäisiin ja heitä kannustettaisiin seuraamaan ajankohdasta tutkimustietoa ja soveltamaan sitä käytäntöön (Norcross ym. 2008). Koulutuksessa tulisi tällöin mm. huomioida nykyistä laajemmin erilaisten psykoterapioiden käyttöalaa ja toimivuuteen liittyvä tutkimus, ja pyrkiä kliinisessä opetuksessa edistämään tällaisten toimiviksi osoitettujen menettelyiden omaksumista.

Helsingin Psykoterapiatutkimus on tuottanut ja tulee edelleen tuottamaan tietoa paitsi erimuotoisten ja -pituisten terapioiden vaikuttavuudesta myös erilaisista potilas-, terapeutti- ja terapiaprosessitekijöistä, joilla on merkitystä hoitojen onnistumisen kannalta. Tätä tutkimustietoa voidaan osaltaan hyödyntää terapeuttien koulutuksessa. Aiemmin kuvatun potilaiden psykoterapiaan soveltuvuuden ja sitä koskevien hoitoonohjaussuosituksen lisäksi kirjallisuudessa on esitetty myös ajatuksia terapeuttien soveltuvuudesta erilaisiin hoitomuotoihin. Terapeuttien soveltuvuus on kuitenkin hyvin uusi tutkimusalue, eikä sitä vielä juurikaan oteta huomioon valittaessa terapeuttikoulutettavia eri hoitomuotoihin tai pyrittäessä kehittämään tietäntyyppisissä, lyhyissä ja pitkissä, terapioiden hyödylliseksi havaittuja ominaisuuksia ja taitoja. Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa toteutetaan laajaa terapeuttien soveltuvuustutkimusta yhteistyössä alan kansainvälisten huippujen kanssa (Heinonen 2008, Orlinsky ja Ronnestad 2005, 2006), ja terapeuttien soveltuvuutta koskevien tulosten varmentuessa olisi hyvä ryhtyä edistämään myös terapeuttien soveltuvuusarviointia ja siten ohjata heitä harjoittamaan optimaalisinta terapiaa.

Kokonaisvaltaisena psykoterapian koulutusjärjestelmän kehittämisen tavoitteena olisi siten vaikuttavan, kustannustehokkaan, monipuolisen ja ajantasaisen koulutusjärjestelmän aikaan saaminen. Terapeuttien soveltuvuutta ja terapiassa vaikuttavia tekijöitä koskevan tutkimusnäytön lisääntyessä tulisi samanaikaisesti kehittää menetelmiä tämän tiedon siirtämiseksi aktiivisesti psykoterapiakoulutuksia suunnitteleville, jotta koulutusohjelmiin saataisiin mahdollisimman tehokkaasti integroitua tällaista tutkimustietoa. Mikäli psykoterapiakoulutus siirtyy laajamittaisemmin korkeakoulujärjestelmän tehtäväksi, kuten on esitetty (Kahra 2009), voitaisiin tässä yhteydessä yhtenäistää ja muokata terapiakoulutusta. Asiantuntijayhteistyön ja tiedotustoiminnan kautta voidaan välittää Helsingin Psykoterapiatutkimuksen piirissä kertynyttä tutkimustietoa kehittämistyön avuksi koulutusyhteisöille. Näin

pystyttäisiin edistämään sitä, että terapeutit valikoituvat heille parhaiten sopiviin hoitomuotoihin, joissa he todennäköisimmin saavuttavat parhaita hoitotuloksia, ja että heillä on ajankohtaista tietoa hoitotulokseen vaikuttavista tekijöistä, jolloin he osaavat kiinnittää niihin paremmin huomiota.

4.4.3 Terveyspoliittisen jatkotoiminnan kohderyhmät ja toimintamallit

Edellä kuvatuilla terveyspoliittisen toiminnan painopistealueilla on useita kohderyhmiä, joista merkittävimpiä ovat mielenterveyden hoito- ja kuntoutuspalveluja suunnittelevat, koordinoivat, kehittävät, niistä päättävät ja niitä rahoittavat tahot. Keskeisiä Helsingin Psykoterapiatutkimuksen yhteistyökumppaneita ovat tällöin mm. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) palvelujärjestelmätyötä tekevät osastot, Kela, kunnat ja kuntainliitot, sairaanhoitopiirit, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) ja muut merkittävät vastaavanlaista kehitystyötä tekevät kansalliset ja kansainväliset organisaatiot. Kohdennettua yhteistyötä tehdään niiden tahojen kanssa, jotka kytkeytyvät yhteistyötutkimuksiin. Psykoterapian koulutusjärjestelmää kehittävien ja valvovien tahojen kanssa (mm. Valvira, yliopistojen kliinisen opetuksen yksiköt) jatketaan asiantuntija- ja koulutusyhteistyötä ja hyvien standardien kehittämistyötä psykoterapiakoulutusten, vaikuttavuuden arvioinnin ja terapeuttien ammattitaidon ylläpitämisen ja kehittämisen tarpeisiin. Merkittäviä kohderyhmiä ovat edellisten lisäksi erityisesti tiedotustoiminnan osalta palveluntuottajat, heidän edustamiensa terapiayhteisöjen ja organisaatioiden kautta, ja mielenterveyspalveluja käyttävät asiakkaat ja potilasjärjestöt. Vastaavasti edellämainituilta tahoilta tarvitaan ajankohtaista tietoa hoitokäytännöistä ja niiden kehitystarpeista sekä uuden tutkimustiedon käytäntöön integroimisen mahdollisuuksista.

Helsingin Psykoterapiatutkimuksen tutkimusryhmän asiantuntemusta voidaan hyödyntää sekä tutkija- että asiantuntijayhteistyössä. Tämä voisi käsittää arviointi-, suunnittelu- ja kehittämis-yhteistyöhön osallistumisen, konsultoinnin, koulutustehtäviä, tiedotusta, informaatio-ohjausta, sekä erilaisiin kehitysalaa koskeviin selvitystehtäviin ja valmistelutöihin osallistumista, käytettävissä olevien resurssien rajoissa. Yhtenä esimerkkinä toimintamalleista voisi olla osallistuminen menetelmien kehittämis- ja käyttöönottoyhteistyöhön sekä mahdollinen viranomaisyhteistyö psykoterapiatoimintaan liittyvien tilastojen, rekisterien ja muiden tietovarantojen kehittämiseksi. Lisäksi olisi hyödyllistä kehittää ajantasainen psykoterapian tutkimus- ja kehittämistyön portaali palvelemaan tiedottamista, verkostoitumista ja yhteistyötä psykoterapiatutkimuksen ja kliinisen kentän välillä.

5 YHTEENVETO

5.1 Tausta

Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisiä, usein uusiutuvia ja kroonistuvia mielenterveyden häiriöitä, jotka heikentävät elämän laatua ja toimintakykyä. Arviolta noin joka neljäs eurooppalainen kärsii elämänsä aikana jostakin mielenterveyden häiriöstä, mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden ollessa niistä yleisimpiä. Mielenterveyden häiriöihin liittyvät toimintakyvyn ongelmat ja niiden hoidon ja kuntoutuksen tarve ovat lisääntyneet merkittävästi viimeisten 15 vuoden aikana.

Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöitä hoidetaan yleisesti erilaisilla psykoterapioilla. Sekä lyhyiden että pitkien psykoterapioiden vaikuttavuudesta on näyttöä. Lyhyiden ja pitkien terapioiden keskinäistä vaikuttavuutta ei ole kuitenkaan juurikaan verrattu. Ei ole myöskään juuri tutkittu terapioiden vaikuttavuutta ja vaikutusten pysyvyyttä pitkällä tähtäimellä ja useiden eri vaikuttavuusmittareiden näkökulmasta. Lisäksi, tutkittujen psykoterapioiden ohella käytetyn muun psykoterapia-, lääke- tai sairaalahoidon vaikutusta tuloksiin ei ole huomioitu, vaikka sen merkitys tulosten tulkinnan kannalta on keskeistä.

Pitkän psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuutta, lyhyiden psykoterapioiden vaikuttavuuden pysyvyyttä ja lyhyiden ja pitkien psykoterapioiden keskinäistä vaikuttavuutta koskevan näytön puuttumiseen vastaamiseksi suunniteltiin ja toteutettiin Helsingin Psykoterapiatutkimus – satunnaistettu kliininen koe, jossa tutkitaan ja verrataan lyhyen ja pitkän psykodynaamisen psykoterapian sekä voimavarasuuntautuneen terapian vaikuttavuutta sekä vaikutusten pysyvyyttä mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöistä kärsivien potilaiden hoidossa 10 vuoden seurannassa. Tutkimusta täydennettiin joukolla psykoanalyysiin valittuja potilaita, joita verrattiin edellä mainittuihin terapiaryhmiin satunnaistettuihin potilaisiin ns. kvasikokeellisessa asetelmassa.

Tässä raportissa esitetään tuloksia kaikkien näiden neljän hoitoryhmän omasta ja keskinäisestä vaikuttavuudesta oireisiin ja diagnooseihin, työ- ja toimintakykyyn, persoonallisuuteen ja hoidon tarpeeseen sekä kustannusvaikuttavuudesta 5 vuoden seurannassa.

5.2 Päälöydökset

5.2.1 Vaikuttavuus

Kaikissa neljässä hoitoryhmässä oireiden määrä väheni ja työkyky parani 5 vuoden seurannan aikana. Oireiden määrä oli kaikissa hoitoryhmissä pienimmillään ja työkyky parhaimmillaan ko. hoidon päättyessä. Eripituisten hoitomuotojen vaikuttavuus suhteessa toisiinsa oli siten erilainen seurannan eri vaiheissa: Yhden vuoden

seurannassa, jolloin molemmat lyhyet terapiat olivat päättyneet ja molemmat pitkät hoitomuodot olivat vielä käynnissä, lyhyisiin terapiaihin ohjatuilla potilailla oli keskimäärin vähemmän oireita ja parempi työkyky kuin pitkiin hoitomuotoihin ohjatuilla potilailla. Kolmen vuoden kohdalla, kun lähes kaikki pitkät psykodynaamiset psykoterapiat olivat päättyneet, tämä hoitomuoto oli keskimäärin vaikuttavampi kuin lyhyet terapiat ja psykoanalyysi. Viiden vuoden seurannassa havaittiin työkyvyn osalta edelleen enemmän vaikuttavuutta pitkissä kuin lyhyissä terapioissa, mutta oireiden osalta ei. Vastaavansuuntaisia, joskin määrältään vähäisempiä, vaikuttavuuden eroja havaittiin persoonallisuuden toiminnassa. Psykoanalyysi, joka oli valtaosin päättynyt viiden vuoden seurantapisteessä, oli tällöin keskimäärin vaikuttavampi kuin lyhyt ja pitkä terapia.

Tämän tutkimuksen löydökset siten osoittavat, että psykoterapian pituus on tärkeä sen tuloksellisuuden kannalta. Eri viitekehyksestä tulevien lyhytterapioiden vaikuttavuudessa ei sen sijaan havaittu mainittavia eroja missään vaiheessa seuranta-

5.2.2 Hoidon tarve ja kustannusvaikuttavuus

Vaikuttavuustuloksia tarkasteltaessa ei voida tehdä luotettavia johtopäätöksiä terapioiden tehosta sen takia, että osa potilaista on käyttänyt tutkimuksessa annettujen hoitojen ja niiden jälkeisen seurannan aikana runsaasti muita hoitoja. Osoittautui, että neljä tarkastelun kohteena olevaa hoitomuotoa eivät olleet riittäviä kaikille potilaille. Noin puolet masennuksesta kärsivistä ja noin kaksi kolmasosaa ahdistuneisuushäiriöstä kärsivistä potilaista toipui 5 vuoden seurannan aikana. Samana aikana yli puolet potilaista käytti muuta hoitoa – psyykenlääkkeitä, psykoterapiaa tai psykiatrasta sairaalahoitoa. Lyhyisiin terapiaryhmiin kuuluneet potilaat käyttivät enemmän muita hoitoja kuin pitkään terapiaryhmään tai psykoanalyysiryhmään kuuluneet. Kun muun terapian käyntimäärät liitettiin tutkimushoitojen käyntimääriin, osoittautui, että lyhyiden terapioiden ryhmissä potilaat olivat keskimäärin saaneet keskipitkää terapiaa.

Siitä huolimatta, että lyhyiden terapioiden ryhmän potilaat käyttivät enemmän muita hoitoja kuin pitkän terapian ryhmän potilaat, suorat kokonaiskustannukset 5 vuoden seurannassa olivat pitkän terapian ryhmässä suuremmat. Kustannusvaikuttavuus molemmissa lyhyissä terapioissa oli samanlainen, edelleen korostaen samantyyppisten terapioiden yhtäläisiä vaikutuksia.

5.2.3 Johtopäätökset

Tähän tutkimukseen liittyy useita vahvuuksia, jotka korostavat sen merkitystä. Kyseessä on ensimmäinen satunnaistettu kliininen koe, jossa verrataan lyhyiden ja pitkien psykoterapioiden vaikuttavuutta. Toistomittausasetelma pitkällä seurantaajalla ja kattavalla mittaristolla takaa laajamittaisen vaikuttavuuden arvioinnin

useasta eri näkökulmasta. Hoidon riittävyden arviointi, perustuen potilaiden ottamien muiden hoitojen selvittämiseen, yhtenä hoitomuotojen vaikuttavuuden näkökulmana samoin kuin hoitomuotojen kustannusvaikuttavuuden arviointi ovat uusia ja ainutlaatuisia asioita psykoterapiatutkimuksessa. Tutkimus on kuitenkin yhä meneillään, joten tässä esitetyt 5 vuoden seurantatulokset antavat vasta alustavan ja osittaisen kuvan mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa käytettyjen erimuotoisten ja -pituisten terapioiden vaikuttavuudesta. Tässä tutkimuksessa saadut tulokset täytyy myös vielä toistaa muissa laajamittaisissa satunnaistetuissa koeasetelmissa, kohorttitutkimuksissa ja meta-analyyseissa, ennen kuin mitään varmoja johtopäätöksiä voidaan tehdä.

5.3 Tulevaisuuden näkymät

5.3.1 Terapioiden vaikuttavuus ja teho

Helsingin Psykoterapiatutkimuksen vaikuttavuustutkimuksessa tullaan vielä 1) jatkamaan seurantaa 10 vuoteen hoitojen alkamisesta, 2) analysoimaan terapioiden vaikuttavuutta 10 vuoden seurannassa kattavasti eri tuloksellisuusmittareiden näkökulmasta, mukaan lukien työhön, opintoihin ja sosiaalisiin suhteisiin liittyvä toimintakyky, koettu ja toteutunut hoidon tarve, ja kustannusvaikuttavuus, 3) tutkimaan geneettisten tekijöiden merkitystä terapian vaikuttavuudelle 4) selvittämään muuhun hoitoon hakeutumista 10 vuoden seurannassa sekä sitä ennustavia tekijöitä, 5) arvioimaan terapioiden todellista tehoa eristämällä vaikuttavuustuloksista pois muun hoidon vaikutus 6) arvioimaan ja kehittämään tarvittavia uusia tilastollisia menetelmiä, esimerkiksi dynaamisia malleja eri tekijöiden, kuten tuloksellisuusmittareiden muutosten ja muun hoidon, välisten dynaamisten yhteyksien selvittämistä varten, ja 7) kehittämään menetelmiä kvantitatiivisten ja kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien yhdistämiseen tulosten syvällisemmäksi ymmärtämiseksi ja uusien hypoteesien kehittämiseksi.

5.3.2 Soveltuvuus

Helsingin Psykoterapiatutkimuksen tulosten valossa eripituiset psykoterapiat ovat vaikuttavia, mutta eivät riittäviä kaikille potilaille. Hoitojen riittämättömyyteen ja eripituisten hoitojen soveltuvuuteen vaikuttavia tekijöitä voidaan kuitenkin mitä ilmeisimmin tunnistaa. Tällä hetkellä ei ole olemassa mitään yleisesti hyväksyttyä menetelmää tai ohjeistoa potilaiden ohjaamiseksi joko lyhyeen tai pitkään terapiaan, vaikka tätä pidetäänkin yhtenä tärkeimmistä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöistä kärsivien potilaiden hoitoon ja sen onnistumiseen vaikuttavista päätöksistä. Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa on jo tunnistettu sellaisia potilastekijöitä, esimerkiksi potilaan persoonallisuuteen ja ihmissuhdetaitoihin liittyviä tekijöitä, joiden avulla voidaan jo ennen terapian alkua ennustaa tarvittavan hoidon mää-

rää. Jatkossa näitä eripituisten terapioiden tuloksellisuutta ennustavia, potilaaseen, terapeuttiin tai terapiaan liittyviä, soveltuvuustekijöitä tullaan tutkimaan entistä kattavammin, jonka jälkeen niiden suhteellista merkitystä tullaan edelleen arvioimaan sitä varten kehitetyillä ja tähän tutkimusasetelmaan edelleen modifioitavilla menetelmillä. Tavoitteena on saada aikaiseksi kompakti, tärkeimmät tekijät kattava lyhyiden ja pitkien terapioiden soveltuvuuskeriteeristö hyödynnettäväksi potilaiden hoitoonohjauksessa. Samanlaista menettelyä ja kehitettyjä menetelmiä voidaan soveltaa laajemminkin eri aloilla – kliinisessä psykologiassa, kuntoutuksessa tai sosiaalipalveluissa, psykiatriassa tai somaattisessa lääketieteessä – erilaisten hoitojen tuloksellisuuden arvioinnissa tai yleisemmin erilaisten ennustetekijöiden ja vastetapahtumien välisten yhteyksien suhteellisten väestötasoisten merkitysten arvioinnissa.

6 SUMMARY

6.1 Background

Mood and anxiety disorders are common, often recurring and chronic mental disorders that frequently impair quality of life and functional ability. Approximately one in four people in Europe suffer from some mental disorder during their lifetime, mood and anxiety disorders being the most prevalent. Decreased functional ability and need of treatment and rehabilitation due to mental disorders have increased significantly during the last 15 years.

Different psychotherapies are widely applied in the treatment of mood and anxiety disorders. Both short- and long-term psychotherapies have been shown to be effective treatments. Comparative research on the effectiveness of short-term and long-term therapies is scarce, however. Likewise, there is little research on the effectiveness and the stability of treatment effect in the long run and from multiple outcome perspectives. In addition, the effect of non-protocol auxiliary psychotherapy, medication and hospitalization on outcome has been neglected, despite its importance in the interpretation of the results.

To address the lack of evidence concerning the effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy, the stability of the treatment effects of short-term therapies and the relative effectiveness of short- and long-term therapies, the Helsinki Psychotherapy Study was initiated. This study is a randomized clinical trial comparing the effectiveness and the stability of effects of short- and long-term psychodynamic psychotherapy as well as solution-focused therapy in the treatment of mood and anxiety disorders during a 10-year follow-up. The study was completed with a group of self-selected patients receiving psychoanalysis, who were compared to the patients randomized to the different therapies in a so called quasi-experimental study.

In this report we present results on both individual and relative effectiveness of all four treatments on psychiatric symptoms, work and functional ability, personality functioning and need of treatment, as well as their cost-effectiveness during a 5-year follow-up.

6.2 Main findings

6.2.1 Effectiveness

In all four treatment groups a decrease of symptoms and an increase in work ability during the 5-year follow-up were found. The symptoms were at lowest and work ability at its best at the end of each treatment. Thus, the relative effectiveness of

therapies of different length varied depending on the length of the follow-up: at 1-year follow-up, when both short-term therapies had ended and both long-term treatments were still ongoing, the patients assigned to short-term therapies had on average less symptoms and better work ability than patients assigned to longer treatments. At 3-year follow-up, when almost all of the long-term psychodynamic psychotherapies had ended, this treatment was on average more effective than short-term therapies and psychoanalysis. At 5-year follow-up, long-term psychodynamic psychotherapy was still more effective than short-term therapies with respect to work ability, but not with respect to symptoms. Psychoanalysis, which had mostly ended by the 5-year follow-up, was at that point on average more effective than short-term therapies and long-term therapy.

These findings thus indicate that the length of the therapy is important when predicting the outcome of the therapy. Practically no differences in the effectiveness of the two short-term therapies were found at any point of the follow-up.

6.2.2 Need for treatment and cost-effectiveness

When evaluating the results on the effectiveness of the treatments, no firm conclusions on their efficacy can be made, since part of the patients had used considerable amounts of auxiliary treatments during the study therapies or their follow-up. It became evident that the four treatments considered were not sufficient for all patients. About half of the patients suffering from depressive disorder and two thirds of the patients suffering from anxiety disorder recovered during the 5-year follow-up. During that time, over half of the patients used auxiliary psychiatric treatment – psychotropic medication, psychotherapy or hospitalization. The patients receiving short-term therapy needed more auxiliary treatment than those receiving long-term psychotherapy or psychoanalysis. When the auxiliary therapy sessions were added to the study therapy sessions received, it appeared that the patients in the short-term therapy groups had, on average, received a therapy of a moderate length.

Although the patients in the short-term therapy group used more auxiliary treatment than the patients in the long-term therapy group, the total direct costs were higher in the long-term therapy group. Both the effectiveness and cost-effectiveness of the two short-term therapies was similar, thus further highlighting equal benefits of therapies of the same length.

6.2.3 Conclusions

This study has several strengths which underline its importance. It is the first randomized clinical trial comparing the effectiveness of short-term and long-term psychotherapies. The design with repeated measurements, long follow-up time and a comprehensive set of measures allows effectiveness to be evaluated extensively

from several different perspectives. Evaluation of sufficiency of therapies, based on the information collected on the auxiliary treatments used by the patients, as one perspective of the effectiveness of the study treatments, as well as evaluation of their cost-effectiveness, are new and unique issues in psychotherapy research. As the study is still ongoing, however, the results from the 5-year follow-up presented here give only a preliminary and fragmentary picture of the effectiveness of therapies of different length and orientation in the treatment of mood and anxiety disorders. The findings of this study also need to be replicated in other large-scale randomized clinical trials, cohort studies and meta-analyses, before any firm and final conclusions can be made.

6.3 Future perspectives

6.3.1 Effectiveness and efficacy of psychotherapies

The future perspectives of the Helsinki Psychotherapy Study are 1) to continue the follow-up to 10 years from the start of the treatments, 2) to analyze the effectiveness of the therapies in the 10-year follow-up using a comprehensive set of outcome measures, covering functional ability related to work, studies and social relations, perceived and realized need for treatment, and cost-effectiveness, 3) to study the importance of genetic factors on psychotherapy outcome, 4) to examine the use of auxiliary treatment and its determinants in the 10-year follow-up, 5) to evaluate the efficacy of therapies by adjusting for the effects of auxiliary treatments in the effectiveness analyses, 6) to evaluate and develop new statistical methods, e.g. dynamic models for the evaluation of the dynamic relations between different factors, such as changes in outcome measures and auxiliary treatment, and 7) to develop methods for combining quantitative and qualitative research methods for deepening the understanding of the findings and development of new hypotheses.

6.3.2 Suitability

According to the findings of the Helsinki Psychotherapy Study, the psychotherapies of different length are effective but not sufficient treatments for all patients. The determinants of suitability and sufficiency of the therapies of different length can apparently, however, be studied and identified. Currently, there is no generally accepted method for referring patients to short- and long-term therapies, although this is considered one of the most important decisions regarding the treatment of patients suffering from mood or anxiety disorder. In the Helsinki Psychotherapy Study, however, some patient factors, related for example to the patient's personality or interpersonal predispositions, predicting the amount of therapy needed to recover have already been identified. These kinds of suitability factors related to the patient, therapist or the therapy process, will be comprehensively studied and iden-

tified and their relative importance evaluated using methodology developed for this purpose. The ultimate aim is to construct a compact selection criteria consisting of the most relevant suitability factors to be used when referring patients to short- or long-term psychotherapy. This kind of methodology developed can also be applied for the evaluation of relationships between different predictors and outcomes at the population level in other fields, such as clinical psychology, rehabilitation and social services as well as psychiatric and somatic medicine.

KIRJALLISUUS

- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lepine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martinez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacin C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004; 21-27.
- American Psychiatric Association. Practice guidelines for major depressive disorder in adults. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1-26.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV (4th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- American Psychiatric Association, American Psychoanalytic Association, American Academy of Child Psychiatry. Manual of psychiatric peer review (3rd ed). Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1985.
- American Psychological Association. Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: report and recommendations. *Clin Psychol* 1995; 48: 3-23.
- American Psychological Association. Evidence-based practice in psychology. *Am Psychol* 2006; 61: 271-285.
- Anderson EM, Lambert MJ. Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 1995; 15: 503-514.
- Andrews G, Pollock C, Stewart G. The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 455-460.
- Angst J, Kupfer DJ, Rosenbaum JF. Recovery from depression: risk or reality? *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 413-419.
- Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med* 1993; 36: 725-733.
- Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J. Aims, methods and study population. Part 1. In: Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J (eds.). The execution of the Mini-Finland Health Survey. (In Finnish, English summary). Helsinki and Turku: Publications of the Social Insurance Institution, Finland, 1989.
- Azim HF, Piper WE, Segal PM, Nixon GW, Duncan SC. The Quality of Object Relations Scale. *Bull Menninger Clin* 1991; 55: 323-343.
- Batelaan NM, de Graaf R, Spijker J, Smit JH, van Balkom AJ, Vollebergh WA, Beekman AT. The course of panic attacks in individuals with panic disorder and subthreshold panic disorder: a population-based study. *J Affect Disord* 2010; 121: 30-38.
- Battle CC, Imber SD, Hoehn-Saric R, Nash ER, Frank JD. Target complaints as criteria of improvement. *Am J Psychother* 1966; 20: 184-192.
- Beck AT. Depression: causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1970.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-571.
- Benjamin LS. A clinician-friendly version of the interpersonal circumplex: structural analysis of social behavior (SASB). *J Pers Assess* 1996; 66: 248-266.
- Beutler LE, Malik M, Alimohamed S, Harwood TM, Talebi H, Noble S, Wong E. Therapist variables. In: Lambert MJ (ed.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley & Sons, 2004.
- Bhar SS, Thombs BD, Pignotti M, Bassel M, Jewett L, Coyne JC, Beck AT. Is longer-term psychodynamic psychotherapy more effective than shorter-term therapies? Review and critique of the evidence. *Psychother Psychosom* 2010; 79: 208-216.
- Bond M, Perry JC. Psychotropic medication use, personality disorder and improvement in long-term dynamic psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194: 21-26.

- Bruss GS, Gruenberg AM, Goldstein RD, Barber JP. Hamilton Anxiety Rating Scale Interview guide: joint interview and test-retest methods for interrater reliability. *Psychiatry Res* 1994; 53: 191-202.
- Casey P, Birbeck G, McDonagh C, Horgan A, Dowrick C, Dalgard O, Lehtinen V, Ayuso-Mateos JL, Dunn G, Page H, Wilkinson C, Wilkinson G, Vazquez-Barquero JL. Personality disorder, depression and functioning: results from the ODIN study. *J Affect Disord* 2004; 82: 277-283.
- Chubon RA. Development of a quality-of-life rating scale for use in health-care evaluation. *Eval Health Prof* 1987; 10: 186-200.
- Churchill R, Hunot V, Corney R, Knapp M, McGuire H, Tylee A, Wessely S. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technol Assess* 2001; 5: 1-173.
- Commenges D, Gégout-Petit A. A general dynamical statistical model with causal interpretation. *J R Stat Soc B* 2009; 71: 719-736.
- Cooper SE, Rowland DL, Esper JA. The relevance of family-of-origin and sexual assault experience to therapeutic outcomes with college students. *Psychother Theory Res Pract Train* 2002; 39: 324-343.
- Cox D. Regression models and life-tables (with discussion). *J R Stat Soc B* 1972; 34: 187-220.
- Crits-Christoph P. The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 151-158.
- Crits-Christoph P, Barber JP. Long-term psychotherapy. In: Ingram RE, Snyder CR (eds.). *Handbook of psychological change: psychotherapy processes & practices for the 21st century*. Hoboken: John Wiley & Sons, 2000.
- Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76: 909-922.
- de Maat S, de Jonghe F, Schoevers R, Dekker J. The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harv Rev Psychiatry* 2009; 17: 1-23.
- de Maat S, Dekker J, Schoevers R, De Jonghe F. Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Psychother Res* 2006; 16: 566-578.
- de Shazer S, Berg IK, Lipchik E, Nunnally E, Molnar A, Gingerich W, Weiner-Davis M. Brief therapy: Focused solution development. *Fam Process* 1986; 25: 207-221.
- Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1973; 9: 13-28.
- DerSimonian R, Laird N. Meta-analysis in clinical trials. *Control Clin Trials* 1986; 7: 177-188.
- Drummond MF. *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (3rd ed). Oxford, New York: Oxford University Press, 2005.
- Eerola M, Gasbarra D, Mäkelä PH, Linden H, Andreev A. Joint modelling of recurrent infections and antibody response by bayesian data augmentation. *Scand J Statist* 2003; 30: 677.
- Ehrling L. Psykoterapian vaikutusten arvioiminen. Keskusteluanalyttinen tutkimus arvointihaastattelun käytänteistä. Helsinki: Helsingin yliopisto; 2006 (väitöskirja).
- Exner JE. *The Rorschach : a comprehensive system*. Volume 1, Basic foundations (3. ed). New York: John Wiley & Sons, 1993.
- Fonagy P. Evidence-based psychodynamic psychotherapies. PDM Task Force. *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations, 2006.
- Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, Fawcett J. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA* 2010; 303: 47-53.
- Gabbard GO. *Long-term psychodynamic psychotherapy: a basic text*. Washington, DC: American Psychiatric Pub., 2004.
- Gelman A. *Bayesian data analysis*. London: Chapman & Hall, 1995.
- Gingerich WJ, Eisengart S. Solution-focused brief therapy: a review of the outcome research. *Fam Process* 2000; 39: 477-498.

- GRADE Working Group, Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, Guyatt GH, Harbour RT, Haugh MC, Henry D, Hill S, Jaeschke R, Leng G, Liberati A, Magrini N, Mason J, Middleton P, Mrukowicz J, O'Connell D, Oxman AD, Phillips B, Schunemann HJ, Edejer TT, Varonen H, Vist GE, Williams JW, Jr., Zaza S. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004; 328: 1490.
- Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Patricia Chou S, June Ruan W, Huang B. Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Psychiatr Res* 2005; 39: 1-9.
- Graubard BI, Korn EL. Predictive margins with survey data. *Biometrics* 1999; 55: 652-659.
- Greenland S, Maclure M, Schlesselman JJ, Poole C, Morgenstern H. Standardized regression coefficients: a further critique and review of some alternatives. *Epidemiology* 1991; 2: 387-392.
- Greenland S, Schlesselman JJ, Criqui MH. The fallacy of employing standardized regression coefficients and correlations as measures of effect. *Am J Epidemiol* 1986; 123: 203-208.
- Greenson RR. The technique and practice of psychoanalysis. London: Hogarth Press and The Institute of Psycho-analysis, 1985.
- Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32: 50-55.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56-62.
- Hannula JA, Lahtela K, Järvikoski A, Salminen JK, Mäkelä P. Occupational Functioning Scale (OFS)--an instrument for assessment of work ability in psychiatric disorders. *Nord J Psychiatry* 2006; 60: 372-378.
- Heinonen E. Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. Helsinki: University of Helsinki; 2008 (master's thesis).
- Hill AB. The environment and disease: association or causation? *Proc R Soc Med* 1965; 58: 295-300.
- Hirschfeld RM. The comorbidity of major depression and anxiety disorders: recognition and management in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2001; 3: 244-254.
- Hoglund P. Suitability for brief dynamic psychotherapy: psychodynamic variables as predictors of outcome. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88: 104-110.
- Holm N. Toipumisen konstruktiot ja diskurssianalyttinen tarkastelu toimijuuden rakentumisesta psykoterapian seuranta-aastatteluissa. Helsinki: Helsingin yliopisto; 2009 (pro gradu -tutkielma).
- Honkonen TI, Aro TA, Isometsä ET, Virtanen EM, Katila HO. Quality of treatment and disability compensation in depression: comparison of 2 nationally representative samples with a 10-year interval in Finland. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 1886-1893.
- Horowitz LM, Alden LE, Wiggins JS, Pincus AL. Inventory of the Interpersonal problems. Manual. San Antonio: The Psychological Corporation, 2000.
- Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *J Couns Psychol* 1989; 36: 223-233.
- Horvath AO, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J Couns Psychol* 1991; 38: 139-149.
- Hämäläinen J, Isometsä E, Sihvo S, Pirkola S, Kiviruusu O. Use of health services for major depressive and anxiety disorders in Finland. *Depress Anxiety* 2008; 25: 27-37.
- Härkänen T, Knekt P, Virtala E, Lindfors O. A case study in comparing therapies involving informative drop-out, non-ignorable non-compliance and repeated measurements. *Stat Med* 2005; 24: 3773-3787.
- Härkäpää K. Optimism, competence and coping mechanisms: concepts and practice from the point of view of rehabilitation. Helsinki: Rehabilitation Foundation, Work reports 11, 1995.
- Ilmarinen J, Tuomi K, Klockars M. Changes in the work ability of active employees over an 11-year period. *Scand J Work Environ Health* 1997; 23 Suppl 1: 49-57.
- Johnson LD, Miller SD. Modification of depression risk factors: a solution-focused approach. *Psychother Theory Res Pract Train* 1994; 31: 244-253.
- Juntumaa R. Psykoanalyysi oppimisprosessina. Helsinki: Helsingin yliopisto; 2008 (väitöskirja).

- Kahra H (toim.). Valtakunnallinen yliopistojen psykoterapeuttikoulutuskonsortio. Psykoterapeuttikoulutusten uudistaminen – moniammatilliset psykoterapian erikoistumisopinnot osaksi yliopistojen ja korkeakoulujen opintojärjestelmää. Tampereen yliopiston työdennyskoulutuskeskus, 2009.
- Kansaneläkelaitos. Kelan sairausvakuutustilasto. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 2010.
- Kazdin AE. Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychother Res* 2009; 19: 418-428.
- Kernberg OF. Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies. New Haven: Yale University Press, 1984.
- Kernberg OF. A psychoanalytic theory of personality disorders. In: Clarkin JF, Lenzenweger MF (eds.). *Major theories of personality disorder*. New York: The Guilford Press, 1996.
- Knekt P, Laaksonen MA, Härkänen T, Maljanen T, Heinonen E, Virtala E, Lindfors O. Helsinki Psychotherapy Study: effectiveness, sufficiency, and suitability of short- and long-term psychotherapy. In: Levy R, Ablon JS, Kächele H (eds.). *Evidence-based psychodynamic psychotherapy II*. 2010a (In press).
- Knekt P, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P, Lindfors O. Changes in lifestyle for psychiatric patients three years after the start of short- and long-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy. *Eur Psychiatry* 2010b; 25: 1-7.
- Knekt P, Lindfors O (eds.). A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. Design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. Helsinki: The Social Insurance Institution, Studies in social security and health 77, 2004 (<http://www.ktl.fi/tto/hps/pdf/effectiveness.pdf>).
- Knekt P, Lindfors O, Härkänen T, Välikoski M, Virtala E, Laaksonen MA, Marttunen M, Kaipainen M, Renlund C. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol Med* 2008a; 38: 689-703.
- Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA. Review: long term psychodynamic psychotherapy improves outcomes in people with complex mental disorders. *Evid Based Ment Health* 2009; 12: 56.
- Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P, Järviskoski A. Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity--a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *J Affect Disord* 2008b; 107: 95-106.
- Knekt P, Ritz J, Pereira MA, O'Reilly EJ, Augustsson K, Fraser GE, Goldbourt U, Heitmann BL, Hallmans G, Liu S, Pietinen P, Spiegelman D, Stevens J, Virtamo J, Willett WC, Rimm EB, Ascherio A. Antioxidant vitamins and coronary heart disease risk: a pooled analysis of 9 cohorts. *Am J Clin Nutr* 2004; 80: 1508-1520.
- Konsensuskokous. Psykoterapia. Suomalainen lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. Vammala: Vammalan kirjapaino, 2006.
- Koskinen S, Martelin T, Sainio P, Gould R. Factors affecting work ability: Health. In: Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S (eds.). *Dimensions of work ability. Results of the Health 2000 Survey*. Vaasa: Finnish Centre for Pensions, The Social Insurance Institution, National Public Health Institute, and Finnish Institute of Occupational Health, 2008.
- Kurki M. Childhood family atmosphere as a predictor of psychotherapy outcome - comparison of short and long-term therapy. Helsinki: University of Helsinki; 2008 (licentiate thesis).
- Käypä hoito -työryhmä. Depressio. Käypä hoito -suositusten päivytystiivistelmä. Duodecim 2009; 125: 1755-1776.
- Laaksonen MA. Psychological predictors of the recovery from depression and anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy. Jyväskylä University of Jyväskylä; 2008 (master's thesis).
- Laaksonen MA, Härkänen T, Knekt P, Virtala E, Oja H. Estimation of population attributable fraction (PAF) for disease occurrence in a cohort study design. *Stat Med* 2010b; 29: 860-874.
- Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O, Aalberg V. Suitability for Psychotherapy Scale (SPS) and its reliability, validity and prediction. 2010a; (submitted).

- Lahti I. Disability to study and the need-specific treatment in Finnish university students. Helsinki: Finnish Student Health Service, 2004 (abstract).
- Lahti P, Lankinen S, Halkola U, Jussila K. Psykoterapiakoulutustyöryhmän muistio. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä, 2003: 6.
- Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: Norcross JC (ed.). *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press, 2002.
- Lazar A, Sandell R, Grant J. Subjective health and ill health-related behaviour. *Psychol Psychother* 2007; 80: 297-309.
- Lee J. Covariance adjustment of rates based on the multiple logistic regression model. *J Chronic Dis* 1981; 34: 415-426.
- Lehtinen V, Joukamaa M, Jyrkinen T, Lahtela K, Raitasalo R, Maatela J, Aromaa A. Mental health and mental disorders in the Finnish adult population. (In Finnish, English summary). Turku and Helsinki: Publications of the Social Insurance Institution, Finland, AL: 33, 1991.
- Leichsenring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev* 2001; 21: 401-419.
- Leichsenring F, Hiller W, Weissberg M, Leibling E. Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and indications. *Am J Psychother* 2006; 60: 233-259.
- Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA* 2008; 300: 1551-1565.
- Leichsenring F, Rabung S, Leibling E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 1208-1216.
- Levy R, Ablon JS, Kächele H (eds.). *Evidence-based psychodynamic psychotherapy II*. 2010 (in press).
- Liang K-Y, Zeger SL. Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika* 1986; 73: 13-22.
- Lunn DJ, Thomas A, Best N, Spiegelhalter D. WinBUGS - A Bayesian modelling framework: concepts, structure, and extensibility. *Stat Comput* 2000; 10: 325-337.
- Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos. Suomen lääketilasto 2007. Helsinki: Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos, 2008.
- Lönnqvist J, Marttunen M. Psykiatrien häiriöiden psykoterapeuttinen hoito. Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.). *Psykiatria*. (5. painos). Helsinki: Duodecim, 2007.
- Malan DH. *The frontier of brief psychotherapy: An example of the convergence of research and clinical practice*. New York: Plenum Medical Book, 1976.
- Maljanen T. Personal communication. Finland: Social Insurance Institution, 2010.
- Marttunen M, Valikoski M, Lindfors O, Laaksonen MA, Knekt P. Pretreatment clinical and psychosocial predictors of remission from depression after short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy: a 1-year follow-up study. *Psychother Res* 2008; 18: 191-199.
- Migon HdS, Gamerman D. *Statistical inference: an integrated approach*. London: Arnold, 1999.
- Mäntyranta T, Kaila M, Varonen H, Mäkelä M, Roine RP, Lappalainen J. Käypä hoito -suosituksesta käytäntöön. Hoitosuosituksen toimeenpano. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2003.
- Norcross JC, Hogan TP, Koocher GP. *Clinician's guide to evidence-based practices: mental health and the addictions*. New York: Oxford University Press, 2008.
- Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, McCallum M. Effect of patient gender on outcome in two forms of short-term individual psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 2001; 10: 69-78.
- Orlinsky D, Ambühl H, Ronnestad M, Davis J, Gerin P, Davis M, Willutzki U, Botermans J-F, Dazord A, Cierpka M, Aapro N, Buchheim P, Bae S, Davidson C, Friis-Jorgensen E, Joo E, Kalmykova E, Meyerberg J, Northcut T, Parks B, Scherb E, Schröder T, Shefler G, Stiwe D, Stuart S, Tarragona M, Vasco AB, Wiseman H. Development of psychotherapists: concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychother Res* 1999; 9: 127 - 153.

- Orlinsky DE, Ronnestad MH. How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth. Washington, DC: American Psychological Association, 2005.
- Orlinsky DE, Ronnestad MH. The psychotherapist's self-experience. 2006. (unpublished manuscript).
- Ormel J, Oldehinkel T, Brilman E, vanden Brink W. Outcome of depression and anxiety in primary care. A three-wave 3 1/2-year study of psychopathology and disability. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 759-766.
- PDM Task Force. Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM). Silver Spring: Alliance of Psychoanalytic Organizations, 2006.
- Piper WE, Debbane EG, Bienvenu JP, Garant J. A comparative study of four forms of psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1984; 52: 268-279.
- Pirkola S, Aalto-Setälä T, Suvisaari J, Lönnqvist J, Mielenterveyden työryhmä. Psykyllinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A (toim.). Nuorten aikuisten terveys: Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18-29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 7, 2005a.
- Pirkola SP, Isometsä E, Suvisaari J, Aro H, Joukamaa M, Poikolainen K, Koskinen S, Aromaa A, Lönnqvist JK. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population--results from the Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005b; 40: 1-10.
- Pruessner JC, Kirschbaum C, Meinlschmid G, Hellhammer DH. Two formulas for computation of the area under the curve represent measures of total hormone concentration versus time-dependent change. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28: 916-931.
- Pylkkänen K, Pöllänen R, Upanne M. Psykoterapia Suomessa. Helsinki: Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Oppaita 29, 1995.
- Pyykkönen N. The Validity and reliability of the level of personality organization assessment scale (LPO). Helsinki: University of Helsinki; 2008 (licentiate thesis).
- Raitasalo R. Mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat haitat kasvaneet. *Kelan sanomat* 2006; 1: 7.
- Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. *Modern epidemiology* (3rd ed). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
- Rubin DB. Multiple imputation for nonresponse in surveys. New York: John Wiley, 1987.
- Saarni SI, Härkänen T, Sintonen H, Suvisaari J, Koskinen S, Aromaa A, Lönnqvist J. The impact of 29 chronic conditions on health-related quality of life: a general population survey in Finland using 15D and EQ-5D. *Qual Life Res* 2006; 15: 1403-1414.
- SAS Institute Inc. SAS/STAT 9.1 User's Guide. Cary, NC: SAS Institute Inc, 2004.
- Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol* 1985; 4: 219-247.
- Shapiro DA, Barkham M, Rees A, Hardy GE, Reynolds S, Startup M. Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 522-534.
- Shimokawa K, Lambert MJ, Smart DW. Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78: 298-311.
- Sifneos PE. Short-term anxiety provoking psychotherapy. In: Davanloo H (ed.). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Spectrum, 1978.
- Sillanpää M, Andlin-Sobocki P, Lönnqvist J. Costs of brain disorders in Finland. *Acta Neurol Scand* 2008; 117: 167-172.
- Simon NM. Generalized anxiety disorder and psychiatric comorbidities such as depression, bipolar disorder, and substance abuse. *J Clin Psychiatry* 2009; 70 Suppl 2: 10-14.
- Smith CA, Dobbins CJ, Wallston KA. The mediational role of perceived competence in psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *J Appl Soc Psychol* 1991; 21: 1218-1244.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. MASTO-hankkeen toimintaohjelma 2008-2011. Masennuksen ehkäisyyn ja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävä hanke. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, 2008a.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2008b.

- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä, 2009.
- Svartberg M, Stiles TC. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59: 704-714.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. Psykoterapeuttien ammattinimikkeen käyttöön oikeuttavan koulutuksen hyväksymisperusteet. http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet/hakemusohjeet/suomessa_koulutetut/psykoterapeutit/koulutuksen_hyvaksymisperusteet, 2005.
- Thomas A, O'Hara B, Ligges U, Sturtz S. Making BUGS Open. *R News* 2006; 6: 12-17.
- Tontti J. Masennuksen arkea: selityksiä surusta ilman syytä. Helsinki: Helsingin yliopisto; 2000 (väitöskirja).
- Tuomi K, Ilmarinen J, Jähkola A, Katajarinne L, Tulkki A. Work Ability Index (2nd ed). Helsinki: Publications of The Finnish Institute of Occupational Health, 1998.
- Tuomi K, Ilmarinen J, Martikainen R, Aalto L, Klockars M. Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981-1992. *Scand J Work Environ Health* 1997; 23 Suppl 1: 58-65.
- Urist J. The Rorschach test and the assessment of object relations. *J Pers Assess* 1977; 41: 3-9.
- Ustün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 386-392.
- Valbak K. Suitability for psychoanalytic psychotherapy: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 164-178.
- Valkonen J. Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. Helsinki: Kuntoutussäätiö; 2007 (väitöskirja).
- Wallston KA. Perceived competence measure. Nashville: Vanderbilt University, 1990.
- Wampold BE, Minami T, Baskin TW, Callen Tierney S. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *J Affect Disord* 2002; 68: 159-165.
- Wechsler D. Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-R). New York: The Psychological Corporation, 1981.
- Vehviläinen S, Ehrling L, Peräkylä A, Lindfors O, Helsingin Psykoterapiatutkimus. Diagnostinen seuranta-aastattelu vuorovaikutuksena. *Psykologia* 2007; 42: 332-349.
- Weissman MM, Bothwell S. Assessment of social adjustment by patient self-report. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 1111-1115.
- Verbeke G, Molenberghs G. Linear mixed models in practice: an SAS-oriented approach. New York: Springer, 1997.
- WHO. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bull World Health Organ* 2000; 78: 413-426.
- Wilczek A, Barber JP, Gustavsson JP, Asberg M, Weinryb RM. Change after long-term psychoanalytic psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc* 2004; 52: 1163-1184.
- Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 742-747.
- von Sydow K, Behr S, Retzlaff, Schweitzer-Rothers J. Systemische therapie bei störungen des erwachsenalters. Eine metainhaltsanalyse von 28 randomisierten primärstudien. *Psychotherapeut* 2006; 51: 107-143.

LIITTEET

Liite 1: Helsingin Psykoterapiatutkimuksen tekijäluettelo

Tutkimuksen toteutukseen osallistuneet

Tutkimushenkilöstö

Veikko Aalberg, Anna-Maija Achté, Kirsi Ahola, Carita Alanne, Laura Auvinen-Lintunen, Anu Castaneda, Leena Ehrling, Camilla Forsander, Henry Granholm, Ilkka Haapakoski, Peija Haaramo, Jorma Hannula, Hanna Happo, Tommi Hartikainen, Erkki Heinonen, Tiia Heiskanen, Saana Hirvas, Matti Holli, Nina Holm, Tommi Härkänen, Kristiina Härkäpää, Kaisla Joutsenniemi, Juhani Julkunen, Rauno Juntumaa, Aila Järvikoski, Kari Kaarento, Markku Kaipainen, Eila Kallio, Mika Keinänen, Marko Kilpikoski, Leena Klockars, Paul Knekt, Hanna Koho, Erkki Komulainen, Pasi Korhonen, Kimmo Kuoppasalmi, Maarja Kurki, Topi Kurtto, Maarit Laaksonen, Kari Lahtela, Jukka Lehtinen, Pirjo Lehtovuori, Anna Lilja, Olavi Lindfors, Samu Lindström, Pekka Lylykorpi, Timo Maljanen, Simo Mannila, Mauri Marttunen, Carl-Erik Mattlar, Marja-Leena Meronen, Päivi Mäkelä, Riitta-Marja Mäkelä, Mauno Mäkinen, Erkki Nenonen, Kalevi Nieminen, Sakari Ojanen, Pekka Ollila, Heli Pellonpoika, Jukka-Pekka Penttinen, Anssi Peräkylä, Varpu Puuskari, Kari Pylkkänen, Terhi Pylkkänen, Nina Pyykkönen, Raimo Raitasalo, Pentti Rajaniemi, Camilla Renlund, Eero Riikonen, Sirkka Rinne, Harri Rissanen, Liisa Rita, Aki Rovasalo, Pirkko Sammallahti, Laura Sares-Jäske, Jussi Sario, Anna Savela, Kaisa Seppälä, Pekka Seppänen, Mirja Sinkkonen, Hannu Silvennoinen, Tommi Sipari, Carlos Sirkkiä, Jaakko Stenius, Päivi Tillman, Hanne Toivola, Jukka Tontti, Katinka Tuisku, Niina Utriainen, Hanna Uusimäki, Anneli Vainio, Eija Valkama, Harri Valkonen, Jukka Valkonen, Sara Vataja, Sanna Vehviläinen, Ilpo Vilkkumaa, Kari Vinni, Esa Virtala, Kari Väkeväinen, Maarit Välikoski.

Terapeutit

Marica Brandt-Pihlström, Matti Brummer, Erkkä Eloranta, Marja-Liisa Eloranta, Raila Eskola, Maarit Hakonen, Sinikka Heinonen, Eila Honkanen, Inger Hämäläinen, Olavi Hämäläinen, Maija-Leena Ihalainen, Johan Jaatinen, Rauno Juntumaa, Kirsti Juusela, Sinikka Jätteenmäki-Laari, Lahja Kanninen, Antero Katajainen, Annaleena Kettunen, Erkki-Pekka Kinnunen, Marketta Kiviaho, Marketta Kivistö, Esko Klemelä, Ann-Sofie Lehtinen, Sakari Lehtonen, Rasmus Lilja, Marja Lindqvist, Kristiina Lipponen, Seija Luukkonen, Merja Lähtinen-Kyykkä, Hannu Makkonen, Mikko Makkonen, Kaija Mankinen, Heli Mertanen, Jorma Myllärniemi, Marita Niemi, Timo Niemi, Lea Nousiainen, Tarja Nummelin, Carita Nylund-Kalli, Risto Palolahti, Kirsti Pesonen, Aila Elisabet Pietarinen, Soili Pitzen, Leena Pylkkänen, Alexander Remy, Pirjo Roos, Susanna Rossi, Juha Ruokolainen, Hilka Saarinen, Marja-Leena Sakki, Pekka Sakki, Helena Sariola, Maj-Britt Schmedes, Ulrika Segercrantz, Dorothy Stoltzenberg, Erik Strandholm, Kari Tuhkanen, Kirsti Tuohimetsä, Pirjo Urpola, Irmeli Vainio, Marja Wich-Markula, Kaarina Väisänen-Järvelä, Gunnel Wrede, Ulla Åkerberg, Christina Örndahl, ja 6 terapeuttia, joilta ei saatu lupaa nimen julkistamiseen.

Valvovat elimet

Kalle Achté, Arpo Aromaa, Ilona Autti-Rämö, Mikael Forss, Jussi Huttunen, Antti Huunan-Seppälä, Tiina Huusko, Olli Kangas, Esko Kalimo, Timo Klaukka, Lars-Runar Knuts, Antero Leppävuori, Ville Lehtinen, Jouko Lönnqvist, Klaus Mäkelä, Veijo Notkola, Paavo Rissanen, Heikki Vartiainen, Ilpo Vilkkumaa, Matti Virkkunen, Risto Vuorinen, Jouko Waal.

Liite 2. Helsingin Psykoterapiatutkimuksen julkaisuluettelo 1.1.1989–30.6.2010

Toimittanut Peija Haaramo, Olavi Lindfors, Maarit Laaksonen ja Paul Knekt

1 JULKAISUT.....	105
1.1 Alkuperäistutkimukset.....	105
1.1.1 Englanninkieliset.....	105
1.1.2 Suomenkieliset.....	106
1.1.3 Opinnäytetyöt.....	106
1.2 Alkuperäistutkimusten ja muiden lyhennelmät.....	108
1.3 Yleiskatsaukset ja vastaavat	115
1.4 Yleistajuiset kirjoitukset, haastattelut.....	116
2 ESITELMÄT	118
3 KONGRESSI-, SEMINAARI- JA KOKOUSOSALLISTUMISET	131
3.1 Kansainväliset.....	131
3.2 Kotimaiset	132
4 TEKEILLÄ OLEVAT RAPORTIT.....	135
4.1 Alkuperäistutkimukset.....	135
4.1.1 Englanninkieliset	135
4.1.1 Suomenkieliset.....	136
4.1.3 Opinnäytetyöt.....	136

1 JULKAISUT

1.1 Alkuperäistutkimukset

1.1.1 Englanninkieliset

1. Sammallahti P, Aalberg V, Pentinsaari J-P. Does defense style vary with severity of mental disorder? *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 290-294.
2. Sammallahti P, Aalberg V. Defense style in personality disorders: an empirical study. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 516-521.
3. Sammallahti PR, Holli MJ, Komulainen EJ, Aalberg VA. Comparing two self-report measures of coping – the Sense of Coherence scale and the Defense Style Questionnaire. *J Clin Psychol* 1996; 52: 517-524.
4. Holli MM, Sammallahti PR, Aalberg VA. A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 97: 42-46.
5. Holli MM, Sammallahti PR, Aalberg VA. Defense styles explain psychiatric symptoms: an empirical study. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187: 654-660.
6. Knekt P, Lindfors O (eds.). A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. Design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. Helsinki: The Social Insurance Institution, Studies in social security and health 77, 2004.
7. Härkänen T, Knekt P, Virtala E, Lindfors O. A case study in comparing therapies involving informative drop-out, non-ignorable non-compliance and repeated measurements. *Stat Med* 2005; 24: 3773-3787.
8. Hannula JA, Lahtela K, Järvikoski A, Salminen JK, Mäkelä P. Occupational Functioning Scale (OFS) – An instrument for assessment of work ability in psychiatric disorders. *Nord J Psychiatry* 2006; 60: 372-378.
9. Knekt P, Lindfors O, Härkänen T, Välikoski M, Virtala E, Laaksonen MA, Marttunen M, Kaipainen M, Renlund C and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol Med* 2008; 38: 689-703.
10. Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P, Järvikoski A, the Helsinki Psychotherapy Study Group. Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity – A randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *J Affect Disord* 2008; 107: 95-106.
11. Marttunen M, Välikoski M, Lindfors O, Laaksonen MA, Knekt P. Pretreatment clinical and psychosocial predictors of remission from depression after short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy: a 1-year follow-up study. *Psychother Res* 2008; 18: 191-199.
12. Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. Commentary. *Evid Based Ment Health* 2009; 12: 56.
13. Knekt P, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P, Lindfors O. Changes in lifestyle for psychiatric patients three years after the start of short- and long-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy. *Eur Psychiatry* 2010; 25: 1-7.
14. Knekt P, Laaksonen MA, Härkänen T, Maljanen T, Heinonen E, Virtala E, Lindfors O. The Helsinki Psychotherapy Study: effectiveness, sufficiency, and suitability of short- and long-term psychotherapy. In: Levy R, Ablon JS, Kächele H (eds.) Evidence-based psychotherapy II, 2010 (in press).

1.1.2 Suomenkieliset

15. Hannula J, Aalberg V, Kaipainen M, Nieminen K, Pentinsaari J-P, Silvennoinen H. Psykoterapia lääkinnällisenä kuntoutuksena. Tutkimusjulkaisuja 3/89, Helsingin yliopistollinen keskussairaala, Helsinki 1989.
16. Silvennoinen H, Aalberg V, Hannula J, Hautamäki S, Kaipainen M, Nieminen K, Pentinsaari J-P. HYKS:n psykiatrian poliklinikalle ohjattujen potilaiden psykoterapian tarvearviointi ja toteutuminen. Tutkimusjulkaisuja 1/90, Helsingin yliopistollinen keskussairaala, Helsinki 1990.
17. Hirvas S. Depressiivisyys ja minäkäsite. Metodologinen tutkimus strukturoidun minäkäsitekyselyn (SASB) ja Beckin depressiokyselyn (BDI) välisistä suhteista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 53, Kela, Helsinki 2000.
18. Knekt P, Lindfors O. Psykoterapiaprojekti: Lyhytterapioiden vaikutusten arvioinnissa tarvitaan pitkää seurantaa. Sosiaalivakuutus 2004: 17–18.
19. Raitasalo R, Knekt P, Kaarento K, Laine H, Lindfors O. Koherenssi-käsitys ja epäkypsät defenssit. Psykologia 2005; 40: 164–172.
20. Vehviläinen S, Lindfors O. Itsereflektio ja kohentunut vointi haastattelupuheissa. Aikuiskasvatus 2005; 25: 191–202.
21. Knekt P. Psykoterapian tuloksellisuus: Helsingin Psykoterapiaprojekti. Teoksessa: Psykoterapia. Konsensuskokous 2006. Suomen Akatemia ja suomalainen lääkäriseura Duodecim. Helsinki 2006: 49–58.
22. Knekt P, Laaksonen M, Lindfors O. Lyhyen ja pitkän psykoterapian riittävyys masennus- ja ahdistuneisuushäiriön hoidossa. Psykoterapia 2006; 25: 251–259.
23. Knekt P, Laaksonen M, Lindfors O. Psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuus masennus- ja ahdistuneisuushäiriöissä.Psykoanalyttinen Psykoterapia 2006; 3: 42–47.
24. Knekt P, Laaksonen M, Lindfors O ja Helsingin Psykoterapiaprojekti. Hoidollisia haasteita sekä lyhyelle että pitkälle terapialle. Sosiaalivakuutus 2006; 2: 20–22.
25. Valkonen J, Ehrling L, Lindfors O ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Psykoterapian merkitykset ja haastattelukontekstit – katsaus laadulliseen tutkimukseen Helsingin Psykoterapiaprojektissa. Psykoterapia 2006; 25: 45–59.
26. Vehviläinen S, Ehrling L, Peräkylä A, Lindfors O ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Diagnostinen seurantahaastattelu vuorovaikutuksena. Psykologia 2007; 42: 332–349.

1.1.3 Opinnäytetyöt

Väitöskirjat

27. Sammallahhti P. Ego mechanisms of defense. An empirical study. University of Helsinki, Department of Psychiatry, Helsinki University Printing House, Helsinki 1997.
28. Tontti J. Masennuksen arkea. Selityksiä surusta ilman syytä. Sosiaalipsykologisia tutkimuksia. Helsingin yliopisto, Sosiaalipsykologian laitos, Sosiaalipsykologisia tutkimuksia 3, Helsinki 2000.
29. Holi M. Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90. Helsinki University Printing House, Helsinki 2003.
30. Ehrling L-E. Psykoterapian vaikutusten arvioiminen. Keskusteluanalyttinen tutkimus arviointihaastattelun käytänteistä. Sosiaalipsykologisia tutkimuksia 13, Yliopistopaino, Helsinki 2006.
31. Valkonen J. Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. Kuntoutussäätöön tutkimuksia 77, Helsinki 2007.
32. Juntumaa R. Psykoanalyysi oppimisprosessina. Helsingin Yliopisto, Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 217, Helsinki 2008.

Lisensiaattitutkielmät

33. Kaarento K. Koherenssin tunteen ja defensiivisen tyylin välinen yhteys psykoterapiaan hakeutuvilla masennus- ja ahdistuspotilailla. Helsingin yliopisto, Psykologian laitos, Helsinki 2002.
34. Lehtovuori P. Psykoterapeuttien kokemuksia ammatillisesta kehityksestä ja henkilökohtaisesta elämästä. Turun yliopisto, Psykologian laitos, Turku 2002.
35. Lindfors O. Criterion validity of the quality of object relations scale. Helsingin yliopisto, Helsinki 2003.
36. Meronen M-L. Psykoterapiasoveltuvuuden yhteydet yhteistyösuhteeseen Helsingin yliopisto, Psykologian laitos, Helsinki 2004.
37. Pyykkönen N. The validity and reliability of the Level of Personality Organization Assessment Scale (LPO). Helsingin yliopisto, Psykologian laitos, Helsinki 2008.
38. Kurki M. Childhood family atmosphere as a predictor of psychotherapy outcome – comparison of short- and long-term therapy. Helsingin yliopisto, Psykologian laitos, Helsinki 2008.
39. Lilja A. Terapeuttinen allianssi oiremuutosten ennustajana. Helsingin yliopisto, Psykologian laitos, Helsinki 2009.
40. Valkonen H. Association between the Rorschach Ego Impairment Index (EII-2) and the Level of Personality Organization (LPO) interview assessment in outpatients seeking psychotherapy for depressive and anxiety disorders. Helsingin yliopisto, Psykologian laitos, Helsinki 2010.
41. Heiskanen T. Piirreoptimismi lyhyen ja pitkän psykoterapian tuloksellisuuden ennustajana. Helsingin yliopisto, Psykologian laitos, Helsinki 2010.

Pro gradu -tutkielmät

42. Sipari T. Personality characteristics related to interpersonal relations and self-perception measured by Rorschach (CS) and self-reported interpersonal problems before entering therapy. Jyväskylän yliopisto, Psykologian laitos, Jyväskylä 1998.
43. Hirvas S. Strukturoitu minäkäsityskysely (SASB) ja Beckin depressiokysely psykoterapiapotilaiden arviointimenetelminä. Helsingin yliopisto, Psykologian laitos, Helsinki 1999.
44. Kolkkinen C. Personality characteristics and functional capacity in depression and anxiety disorders. Jyväskylän yliopisto, Psykologian laitos, Jyväskylä 2002.
45. Juntumaa R. Psykoanalyysi oppimisprosessina [sivulaudatur-tutkielma]. Helsingin yliopisto, Kasvatustieteen laitos, Helsinki 2004.
46. Sario J. Piirreoptimismin yhteys masentuneisuuteen psykoterapiapotilailla. Helsingin yliopisto, Psykologian laitos, Helsinki 2007.
47. Haaramo P. Koherenssikäsityksen yhteys masennusoireilun muutokseen eri sosiodemografisten tekijöiden mukaan. Helsingin yliopisto, Sosiologian laitos, Helsinki 2008.
48. Heinonen E. Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. Helsingin Yliopisto, Psykologian laitos, Helsinki 2008.
49. Laaksonen M. Psychological predictors of the recovery from depression and anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy. Jyväskylän Yliopisto, Psykologian laitos, Helsinki 2008.
50. Holm N. Toipumisen konstruktiot ja diskurssianalyttinen tarkastelu toimijuuden rakentamisesta psykoterapian seuranta-aistatteluissa. Helsingin yliopisto, Sosiaalipsykologian laitos, Helsinki 2009.
51. Hartikainen T. Yksilöllisten kohdeongelmien luokittelu ja yhteydet muihin potilastekijöihin psykoterapiaan hakeutuvilla masennus- ja ahdistuneisuushäiriöpotilailla. Helsingin yliopisto, Psykologian laitos, Helsinki 2010.

1.2 Alkuperäistutkimusten ja muiden lyhennelmät

52. Aalberg V, Hannula J, Kaipainen M, Kuoppasalmi K, Lehtovuori P, Mäkinen M, Nieminen K, Pentinsaari J-P, Renlund C, Sammallahti P, Silvennoinen H. The Helsinki Psychotherapy Study. The XXIII Nordic Psychiatric Congress. Helsinki 1991: 170.
53. Aalberg V, Hannula J, Renlund C. The Helsinki Psychotherapy Study: A research plan of a controlled, comparative outcome study of psychoanalysis and three other psychotherapies. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 22nd International Annual Meeting. Lyon 1991: 66.
54. Hannula J, Aalberg V, Kaipainen M, Nieminen K, Pentinsaari J-P, Silvennoinen H. A retrospective outcome study of 193 patients in long-term psychotherapy. Society for Psychotherapy Research, the 22nd Annual Meeting. Lyon 1991: 88.
55. Renlund C, Hannula J, Aalberg V. The Helsinki Psychotherapy Study: A comparative outcome study of long-term vs. short-term types of psychotherapy. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 23rd International Annual International Meeting. Berkeley 1992: 46.
56. Lindfors O, Renlund C, Hannula J, Aalberg V. The Helsinki Psychotherapy Study. The III European Congress of Psychology. Tampere 1993: 420.
57. Hannula J, Monsen J. Psychotherapy research on long-term psychotherapies: Review of the past, present and future. Society for Psychotherapy Research, the 25th Annual Meeting. York 1994: 41.
58. Holi M, Sammallahti P, Aalberg V. Defense styles and psychiatric symptoms. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 25th International Annual Meeting. York 1994: 119.
59. Kaarento K, Aalberg V, Hannula J, Kaipainen M, Lindfors O, Järvikoski A, Pylkkänen K. Helsinki Psychotherapy Study. An extensive research project to compare the effectiveness between psychoanalysis, long-term psychoanalytic psychotherapy, short-term analytic psychotherapy and competence-oriented therapy. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 25th International Annual Meeting. York 1994: 122.
60. Renlund C, Alanko A, Sammallahti P. Long-term psychotherapy in a Finnish community: A cross-section. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 25th International Annual Meeting. York 1994: 146.
61. Hannula J. The patient's view of the psychotherapy outcome – qualitative analysis (grounded theory). Society for Psychotherapy Research (SPR), the 27th International Annual Meeting. Amelia Island 1996: 50.
62. Bilhar B, Carlsson A-M, Lindfors O, Meyer G, Handler L, Nygren M. Rorschach methodology in psychotherapy research. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 28th International Annual Meeting. Geilo 1997: 243.
63. Hannula J. Helsinki Psychotherapy Study – Preliminary findings at the intake. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 28th International Annual Meeting. Geilo 1997: 91.
64. Lindfors O. Review of the Rorschach methodology in psychotherapy outcome research. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 28th International Annual Meeting. Geilo 1997: 244.
65. Aalberg V, Hannula J, Julkunen J, Järvikoski A, Kaipainen M, Knekt P, Lindfors O, Marttunen M, Mäkelä P, Renlund C. The Helsinki Psychotherapy Study (THPS). In: Fonagy P (ed.): An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis. Report prepared by the Research Committee of the IPA [International Psychoanalytical Association] at the request of the President. Internet-julkaisu 1998 [<http://www.ipa.org.uk/R-outcome.htm>]: 7–9.
66. Aalberg V, Hannula J, Julkunen J, Järvikoski A, Kaipainen M, Knekt P, Lindfors O, Marttunen M, Mäkelä P, Renlund C. The Helsinki Psychotherapy Study (THPS). In: Fonagy P (ed.): An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis. Report prepared by the Research Committee of the IPA [International Psychoanalytical Association] at the request of the President. London 1999; 100: 230–235.

67. Hannula J. The efficacy of truly long-term psychotherapies – light in the horizon. Review of ongoing studies. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 30th International Annual Meeting. Braga 1999 (abstract). Lehtovuori P, Salo J, Lindfors O. The Identity of Psychotherapist. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 30th International Annual Meeting. Braga 1999: 133.
68. Lindfors O, Mattlar CE, Julkunen J, Knekt P, Aalberg V. Differences in maladjustment in patients seeking for psychotherapy versus psychoanalysis. International Rorschach Society, the XVI International Congress of Rorschach and Projective Methods. Amsterdam 1999: 215.
69. The Helsinki Psychotherapy Study Group. The Helsinki Psychotherapy Study. European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector, Newsletter 1999: 11–12.
70. Järvikoski A, Kaipainen M, Knekt P, Lindfors O, Maljanen T, Marttunen M, Mäkelä P, Raitasalo R, Renlund C, Hannula J, Härkäpää K, Aalberg V. Eri psykoterapiamuotojen vaikuttavuuden vertailu. Psykoterapiaprojektin tavoitteet ja menetelmät. Kuntoutuksen tutkimusseminaari, Kuntoutussäätiö 2000: 31.
71. Maljanen T, Paltta P, Kaipainen M, and the Helsinki Psychotherapy Project Group. The Cost-Effectiveness of Psychotherapy. The 21st Nordic Health Economists' Study Group Meeting. Internetjulkaisu: <http://www.nek.lu.se/ryde/luce/Abstracts/Maljanen.htm> . Lund 2000 (abstract).
72. Lindfors O, Knekt P, Raitasalo R, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Criterion validity of the Quality of Object Relations (QOR) Scale. Society for Psychotherapy Research. Leiden 2001: 179.
73. Maljanen T. Measuring the value of lost leisure time in cost-effectiveness studies. Eur J Health Econ 2002; 3(suppl): S75.
74. Mäkelä P, Lindfors O, Kaipainen M, Renlund C, Virtala E, Haaramo P, Rissanen H, Järvikoski A, Hannula J, Knekt P, and the Helsinki Psychotherapy Group. The Helsinki Psychotherapy Study: design and methods. Sosiologipäivät 2002, Vallan sosiologia. Tampere 2002: 53.
75. Ehrling L. Experiences, mind and mental health in the talk of psychotherapy patients. First Interdisciplinary Conference on Communication, Medicine and Ethics. Cardiff 2003: 7.
76. Lindfors O, Knekt P, Renlund C, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Comparative effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in depression and anxiety disorders. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 34th International Annual Meeting. Weimar 2003: 98–99.
77. Maljanen T. Cost-effectiveness of psychotherapy. A systematic and critical review of literature published 1990–2002. The 4th International Health Economics Association World Congress. San Francisco 2003: 27.
78. Peräkylä A, Vehviläinen A. Therapeutic interaction. Colloquium at the First Interdisciplinary Conference on Communication, Medicine and Ethics. Cardiff 2003: 6.
79. Ehrling L. Sisäistä kokemusta, mielen ongelmia ja paranemista koskevat puhettavat terapiaprosessissa. Psykologia 2004 -kongressi. Turku 2004: 70.
80. Härkänen T, Lindfors O, Virtala E, Knekt P. A case study in comparison psychotherapies involving informative dropout, non-ignorable non-compliance and repeated measurements. The International Society for Clinical Biostatistics, the 25th Annual Conference. Leiden 2004: 31.
81. Knekt P. Psykoterapiatutkimus: Lyhytterapia vähentää nopeasti psyykkisiä oireita mutta parantaa alle puolet potilaista. Sosiaalivakuutus 2004; 3: 28–29.
82. Knekt P, Lindfors O. Tutkimus lyhytterapioista: kaksi lyhytkestoista terapiaa ovat yhtä tuloksellisia. Kelan tutkimusosaston Kela tiedottaa -palstan tiedote, www.kela.fi/Tiedottaa/2004/Toukokuu, 13.5.2004.
83. Lindfors O, Kaipainen M, Renlund C, Knekt P, Helsinki Psychotherapy Study Group. Quality control of interview assessments in the Helsinki Psychotherapy Study. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 35th International Annual Meeting. Rome 2004: 164–165.

84. Raitasalo R, Knekt P, Lindfors O, Härkänen T, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. The effectiveness of short-term psychodynamic and solution-focused therapy on intrapsychic and interpersonal functioning. XXVIII International Congress of Psychology. Beijing 2004: 433.
85. Knekt P. Psykoterapian vaikuttavuus masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa – Helsingin Psykoterapiaprojektin väliarvioinnin tuloksia. Kuntoutuspäivät. Helsinki 2005: 20–21.
86. Knekt P. Riittääkö lyhytterapia avuksi? Mielenterveysmessut. Helsinki 2005: 6–7.
87. Knekt P, Lindfors O, the Helsinki Psychotherapy Study Group. A randomized trial of the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. Annual Meeting of the European and UK Chapters of the Society for Psychotherapy Research (SPR). Lausanne 2005: 36.
88. Lindfors O, Knekt P, ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Vaikuttavuuden arviointi Helsingin Psykoterapiaprojektissa: Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen näkökulma. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2005 (abstrakti).
89. Lindfors O, Knekt P, Marttunen M, Mikkola M, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Determinants of remission from depression following short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy. Annual Meeting of the European and UK Chapters of the Society for Psychotherapy Research (SPR). Lausanne 2005: 59.
90. Maljanen T. Recent trends in the utilisation of antidepressants and antipsychotics in Finland. J Ment Health Policy Econ 2005; 8(suppl 1): 30.
91. Maljanen T, Palta P, Härkänen T, Virtala E, Renlund C, Lindfors O, Knekt P. The cost-effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of depressive and anxiety disorders. IHEA 5th World Congress: Investing in Health. Barcelona 2005: 61.
92. Meronen M-L, Knekt P, Lindfors O, Rissanen H, Raitasalo R. The associations between psychotherapy suitability and the therapeutic alliance. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 36th International Annual Meeting. Montreal 2005: 120–121.
93. Vehviläinen S, Lindfors O. Kohentuneen voinnin kuvaaminen psykoterapian tutkimushaastattelussa. Jyväskylän yliopisto, Keskustelututkimuksen päivät. Jyväskylä 2005 (abstrakti).
94. Vehviläinen S, Lindfors O. Descriptions of "feeling better" in psychotherapeutic (diagnostic) research interviews – orientations to credibility. Conversation Analysis in Psychotherapy, Manchester University. Manchester 2005 (abstract).
95. Ehrling L, Lindfors O ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Haastattelu psykiatrisen voinnin arviointimenetelmänä. Tutkimus diagnostisten arviointihaastattelujen vuorovaikutuksesta. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2006 (abstrakti).
96. Knekt P, Laaksonen M. Kort och lång psykoterapi inverkar på olika sätt. FPA bladet 2006; 2: 21.
97. Knekt P, Laaksonen M. Pitkä ja lyhyt terapia vaikuttavat eri tavoin. Kelan sanomat 2006; 2: 4.
98. Knekt P, Laaksonen M, Lindfors O. Lyhyt ja pitkä psykoterapia vaikuttavat eri tavalla. Kansanterveys 2006; 9: 6–7.
99. Knekt P, Lindfors O, Härkänen T, Mikkola M, Laaksonen M, Virtala E, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Randomized trial on the effectiveness of long and short-term psychodynamic psychotherapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. 19th World Congress of Psychotherapy. Kuala Lumpur 2006: 32.
100. Knekt P, Lindfors O, Marttunen M, Härkänen T, Mikkola M, Uusimäki H, Virtala E, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. The 28th Nordic Congress of Psychiatry. Tampere 2006: 22.

101. Knekt P, Lindfors O, Marttunen M, Härkänen T, Mikkola M, Uusimäki H, Virtala E, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2006 (abstrakti).
102. Knekt P, Lindfors O, Marttunen M, Härkänen T, Mikkola M, Uusimäki H, Virtala E, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 37th International Annual Meeting. Edinburgh 2006:158.
103. Laaksonen M, Knekt P, Lindfors O, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Psychological predictors of the recovery from depression and anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy during a 3-year follow-up. 19th World Congress of Psychotherapy. Kuala Lumpur 2006: 10.
104. Laaksonen M, Knekt P, Lindfors O, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Psychological predictors of the recovery from depression and anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy during a 3-year follow-up. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2006 (abstrakti).
105. Laaksonen M, Knekt P, Lindfors O, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Psychological predictors of the recovery from depression or anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy during a 3-year follow-up. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 37th International Annual Meeting. Edinburgh 2006: 206.
106. Laaksonen M, Knekt P, Lindfors O, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Psychological predictors of the recovery from depression or anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy during a 3-year follow-up. The 28th Nordic Congress of Psychiatry. Tampere 2006: 123.
107. Lindfors O, Knekt P, Kaipainen M, Renlund C, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Quality control of interview assessments in the Helsinki Psychotherapy Study (HPS). Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2006 (abstrakti).
108. Lindfors O, Knekt P, Mikkola M. Changes in self-concept following solution-focused therapy and short-term and long-term psychodynamic psychotherapy in a 3-year follow-up. The 28th Nordic Congress of Psychiatry. Tampere 2006: 23.
109. Lindfors O, Knekt P, Mikkola M, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Effectiveness of solution-focused therapy and short-term psychodynamic psychotherapy on self-concept improvement in a 3-year follow-up. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 37th International Annual Meeting. Edinburgh 2006: 161.
110. Maljanen T, Paltta P, Härkänen T, Virtala E, Lindfors O, Knekt P, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Cost-effectiveness of solution-focused therapy compared with short-term psychodynamic psychotherapy in the treatment of depressive and anxiety disorders. The 28th Nordic Congress of Psychiatry. Tampere 2006: 24.
111. Mikkola M, Knekt P, Lindfors O. Effectiveness of solution-focused therapy and short- and long-term psychodynamic psychotherapy on interpersonal problems in a 3-year follow-up. The 28th Nordic Congress of Psychiatry. Tampere 2006: 131.
112. Mikkola M, Knekt P, Lindfors O, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Effectiveness of short- and long-term psychodynamic psychotherapy on interpersonal problems in a 3-year follow-up. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 37th International Annual Meeting. Edinburgh 2006: 217.
113. Mikkola M, Knekt P, Marttunen M, Lindfors O, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Predictors of remission from depression after short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a 1-year follow-up. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2006 (abstrakti).
114. Pyykkönen N. "From research to practice" – tutkimuksesta käytäntöön. HEPSY 2006; 3: 15–18.

115. Ruulio N, Lindfors O, Knekt P, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. The validity and reliability of the level of personality organization assessment scale. The 28th Nordic Congress of Psychiatry. Tampere 2006: 132.
116. Valkonen J, Lindfors O ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Psykoterapia, masennus ja tarinat. Laadullinen tutkimus psykoterapian vaikutuksista masennukseen. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2006 (abstrakti).
117. Härkänen T ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Hoitomyöntyvyyden huomioiminen psykoterapioiden vaikuttavuustutkimuksessa. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2007 (abstrakti).
118. Knekt P, Laaksonen M, Lindfors O. Helsingin Psykoterapiaprojekti. Teoksessa Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.): Psykiatria. 5. uudistettu painos, Duodecim. Helsinki 2007: 745.
119. Knekt P, Lindfors O, Laaksonen M, Välikoski M. The effectiveness on long-term and short-term psychotherapy and psychiatric symptoms – a randomized trial. Eur Psychiatry 2007; 22: 209.
120. Knekt P, Lindfors O, Välikoski M, Laaksonen M ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Kvasikokeellinen tutkimus psykoanalyysin, pitkäkestoisen ja lyhytkestoisen psykodynaamisen psykoterapian sekä voimavarasuuntautuneen terapian vaikuttavuudesta psykiatrisiin oireisiin viiden vuoden seurannan aikana. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2007 (abstrakti).
121. Knekt P, Lindfors O, Välikoski M, Laaksonen M, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Quasi experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 5-year follow-up. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 38th International Annual Meeting. Madison 2007: 151–152.
122. Laaksonen M, Knekt P, Lindfors O. Auttaako psykoterapia masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa? Sairaanhoidajapäivät 2007. Voi hyvin, hoida hyvin. Helsinki 2007: 105.
123. Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Psychological suitability factors as selection criteria between short and long-term therapy. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 38th International Annual Meeting. Madison 2007: 153.
124. Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Role of psychological suitability factors in the choice between short and long-term therapy for treatment of depressive and anxiety disorder. Eur Psychiatry 2007; 22 :234.
125. Laaksonen M, Knekt P, Lindfors O ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Potilaiden psykologiset soveltuvuustekijät valintakriteerinä lyhyen ja pitkän terapian välillä. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2007 (abstrakti).
126. Laaksonen M, Knekt P, Lindfors O, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Psychological suitability measures in the selection of short-term or long-term therapy for treatment of depression and anxiety. Valtakunnalliset Lääkäripäivät. Helsinki 2007: 267.
127. Lindfors O. Personality functioning and psychotherapy outcome. Helsingin yliopiston käyttäytymistieteellisen tiedekunnan tiedepäivät. Helsinki 2007 (abstrakti).
128. Lindfors O, Knekt P, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. The reliability and validity of the Level of Personality Organization (LPO) scale in comparison with the Quality of Object Relations (QOR) scale. Society for Psychotherapy Research (SPR), European Chapter Annual Meeting. Funchal, Madeira 2007 (abstrakti).
129. Lindfors O, Knekt P, Laaksonen M, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Quality control of interview assessments in the Helsinki psychotherapy study. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 38th International Annual Meeting. Madison 2007: 126.
130. Lindfors O, Knekt P, Virtala E, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Changes in self-concept following solution-focused therapy and short-term and long-term psychodynamic psychotherapy in 3-year follow-up. Tenth Annual Meeting Society for Interpersonal Theory and Research (SITAR). Madison 2007 (abstrakti).

131. Lindfors O, Knekt P, Välikoski M, Virtala E ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Minäkuvan muutokset lyhyt- ja pitkäkestoisessa psykodynaamisessa psykoterapiassa ja voimavarasuuntautuneessa terapiassa kolmen vuoden seurannan aikana. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2007 (abstrakti).
132. Valkonen J. Kun tarina muuttuu. Mielenterveysmessut. Helsinki 2007 (abstrakti).
133. Valkonen J. Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina (Lectio praecursoriae). Psykologia 2007; 6: 461–464.
134. Valkonen J, Lindfors O, ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Psykoterapia ja sisäiset tarinat: narratiivinen näkökulma psykoterapian merkityksiin. Kuntoutus ja elämänlaatu -seminaari. Rovaniemi 2007 (abstrakti).
135. Valkonen J, Lindfors O, ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Psykoterapia ja sisäiset tarinat: narratiivinen näkökulma psykoterapian merkityksiin. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2007 (abstrakti).
136. Heinonen E, Laaksonen M, Lindfors O, Lehtovuori P, Knekt P. Terapeuttien ammatilliset ja henkilökohtaiset ominaisuudet ennustajana lyhyen ja pitkän psykoterapian vaikuttavuudelle. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2008 (abstrakti).
137. Härkänen T. Statistical methods in studies on the effectiveness of psychotherapy. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 39th International Annual Meeting. Barcelona 2008: 7.
138. Juntumaa R.Psykoanalyysi oppimisprosessina. Psykologia 2008 -kongressi. Helsinki 2008: 208.
139. Juntumaa R. Psykoanalyysi oppimisprosessina haastatteluaineiston valossa. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2008 (abstrakti).
140. Knekt P. Long term effects of psychotherapy and psychoanalysis. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 39th International Annual Meeting. Barcelona 2008: 124.
141. Knekt P, Haaramo P, Laaksonen M, Lindfors O. Use of auxiliary treatment during a 5-year follow-up among persons receiving short- or long-term psychotherapy or psychoanalysis. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 39th International Annual Meeting. Barcelona 2008; 124–125.
142. Knekt P, Haaramo P, Laaksonen M; Lindfors O. Uuden psykiatrisen hoidon ilmaantuvuus 5 vuoden seurannassa lyhyt- tai pitkäkestoiseen psykoterapiaan tai psykoanalyysiin ohjaamisen jälkeen. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2008 (abstrakti).
143. Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA. The effectiveness of psychoanalysis and long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms during a 5-year follow-up; A quasi-experimental study. Eur Psychiatry 2008; 23: S255–256.
144. Kurki M, Lindfors O, Knekt P, Laaksonen M. Lapsuudenperheen ilmapiiri psykoterapian tuloksellisuuden ennustajana – lyhyt- ja pitkäkestoisen psykoterapian vertailu. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2008 (abstrakti).
145. Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Prediction of suitability score on psychiatric symptoms in short- and long-term therapy. Eur Psychiatry 2008; 23: S257.
146. Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Psykoterapiasoveltuvuuden mittaaminen ja ennustekyky lyhyessä ja pitkässä terapiassa. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2008 (abstrakti).
147. Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Suitability for psychotherapy scale (SPS) as a predictor of remission from psychiatric symptoms in short- and long-term therapy. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 39th International Annual Meeting. Barcelona 2008: 126.
148. Lindfors O, Knekt P, Haaramo P ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkimusryhmä. Kadon hallinta pitkäaikaisen aineistonkeruun haasteena. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2008 (abstrakti).

149. Lindfors O, Knekt P, Laaksonen MA, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. The effectiveness of psychoanalysis and long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms during a 5-year follow-up – A quasi-experimental study. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 39th International Annual Meeting. Barcelona 2008: 125.
150. Lindfors O, Knekt P, Virtala E, Heinonen E, Laaksonen M ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Minäkuvamuutokset lyhyt- ja pitkäkestoisessa psykodynaamisessa psykoterapiassa ja voimavarasuunnautuneessa terapiassa kolmen vuoden seurannan aikana. Tiedepäivät. Käyttätymistieteellinen tiedekunta. Helsinki 2008 (abstrakti).
151. Lindfors O, Knekt P, Virtala E, Heinonen E, Laaksonen M ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Minäkuvamuutokset lyhyt- ja pitkäkestoisessa psykodynaamisessa psykoterapiassa ja voimavarasuunnautuneessa terapiassa kolmen vuoden seurannan aikana. Psykologia 2008 -kongressi. Helsinki 2008: 206.
152. Maljanen T, Palta P, Härkänen T, Virtala E, Lindfors O, Knekt P, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Long-term cost-effectiveness of solution-focused therapy compared with short-term psychodynamic psychotherapy in the treatment of depressive and anxiety disorders. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 39th International Annual Meeting. Barcelona 2008: 125–126.
153. Maljanen T, Palta P, Härkänen T, Virtala E, Lindfors O, Knekt P ja Helsingin Psykoterapiatutkimuksen tutkimusryhmä. Kahden lyhytterapian kustannus-vaikuttavuus kolmen vuoden seurannassa. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2008 (abstrakti).
154. Haaramo P. Koherenssikäsitys ja sosiodemografiset tekijät masennusoireilun muutoksen ennustajina lyhyissä terapioidissa. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2009 (abstrakti).
155. Haaramo P, Lindfors O, Laaksonen MA, Knekt P. Sense of coherence and socioeconomic factors as predictors of change in depressive symptoms in short-term psychotherapies. World Psychiatry 2009; 8: S295–296.
156. Heinonen E, Lindfors O, Laaksonen MA, Knekt P. Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 40th International Annual Meeting. Santiago de Chile 2009: 109.
157. Härkänen T. Estimating efficacy in the Helsinki Psychotherapy Study with a dynamical model and Bayesian inference. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 40th International Annual Meeting. Santiago de Chile 2009: 109.
158. Isometsä E, Jousilahti P, Lindfors O, Luutonen S, Marttunen M, Pirkola S, Salminen JK. Depressio. Käypä hoito -suositusten päivitystiivistelmä. Duodecim 2009; 125: 55–56.
159. Joutsenniemi K, Lindfors O, Laaksonen M, Haaramo P, Knekt P. Prediction of demographic factors on the outcome of short- and long-term psychotherapy. European Psychiatric Association. 17th European Congress of Psychiatry. Lissabon 2009: 204 (abstrakti).
160. Knekt P, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P, Härkänen T, Lindfors O. Changes in lifestyle for psychiatric patients three years after the start of short- and long-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 40th International Annual Meeting. Santiago de Chile 2009: 162.
161. Knekt P, Lindfors O, Renlund C, Haaramo P, Laaksonen M, Härkänen T, Virtala E, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Quasi-experimental study of the effectiveness of psychoanalysis vs. long- or short-term psychotherapy in psychiatric outpatients. World Psychiatry 2009; 8: S296.
162. Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Can poor psychotherapy suitability be compensated by a good alliance? Society for Psychotherapy Research (SPR), the 40th International Annual Meeting. Santiago de Chile 2009: 115 (abstract).
163. Laaksonen M A, Knekt P, Lindfors O. Choice of length of psychotherapy based on a suitability score. World Psychiatry 2009; 8: S296.

164. Lindfors O, Knekt P, Virtala E, Heinonen E, Laaksonen M, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Changes in self-concept following solution-focused therapy and short- and long-term psychodynamic psychotherapy. *World Psychiatry* 2009; 8 :S296.
165. Lindfors O, Kurki M, Laaksonen MA, Haaramo P, Knekt P. Childhood family atmosphere as a predictor of psychotherapy outcome – comparison of short- and long-term therapy. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 40th International Annual Meeting. Santiago de Chile 2009: 116.
166. Heinonen E, Lindfors O, Laaksonen MA, Knekt P. Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance in short- and long-term therapies. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 41st International Annual Meeting. Asilomar 2010: 68.
167. Härkänen T, Lindfors O, Laaksonen MA, Knekt P. Lääkehoidon vaikutuksen huomioiminen verrattessa eri psykoterapioiden vaikutusta masennusoireisiin Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2010 (abstrakti).
168. Knekt P. Helsingin Psykoterapiatutkimuksen tulokset ja niiden anti näyttöön perustuvalla terapiatutkimukselle. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2010 (abstrakti).
169. Knekt P, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P, Lindfors O. Changes in psychiatric patient's lifestyle five years after the start of short- and long-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 41st International Annual Meeting. Asilomar 2010: 129.
170. Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Potilaan ja terapeutin välisen yhteistyösuhteen vaikutus psykoterapian soveltuvuusennusteeseen. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2010 (abstrakti).
171. Laaksonen MA, Kurki M, Lindfors O, Haaramo P, Järvikoski A, Knekt P. Childhood atmosphere as a predictor of outcome in short- and long-term psychotherapy. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 41st International Annual Meeting. Asilomar 2010: 129.
172. Lindfors O, Knekt P, Virtala E, Laaksonen MA. Quality of object relations and self-concept as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. Society for Psychotherapy Research (SPR), the 41st International Annual Meeting. Asilomar 2010: 112.
173. Lindfors O, Knekt P, Virtala E, Laaksonen MA. Vuorovaikutussuhteiden laatu ja minäkuva lyhyen ja pitkän psykoterapian vaikuttavuuden ennustajina kolmen vuoden seurannan aikana. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 2010 (abstrakti).

1.3 Yleiskatsaukset ja vastaavat

174. Renlund C. Psykoterapi som rehabilitering. *Finska Läkaresällskapets Handlingar* 1992; 4: 234–239.
175. Lindfors O, Hannula J. Psykoterapiatutkimus: Hoitoprosessin ja tuloksellisuuden empiirinen arviointi. *Psykoterapia* 1993; 4: 4–12.
176. Lindfors O, Hannula J, Aalberg V, Kaarento K, Kaipainen M, Pylkkänen K. Assessment of the effectiveness of psychotherapy. *Psychiatria Fennica* 1995; 26: 150–164.
177. Sammallahhti P. The empirical research on ego defenses. *Psychiatria Fennica* 1995; 26: 165–172.
178. Lindfors O. Psykoterapian tuloksellisuus kuluttajakyselyn valossa. *Psykologia* 1996; 31: 199–202.
179. Lindfors O. Onko psykoterapia tuloksellista? Teoksessa J. Ihanus (toim.): *Psykoterapiat eilen ja tänään*. Helsinki: Yliopistopaino 1997: 163–193.
180. Tontti J. Masennuksen brandit: poimintoja 90-luvun julkisista masennustarinoista. *Psykologia* 2000; 2: 179–182.

181. Maljanen T: Psykoterapioiden taloudellisesta evaluoinnista. Kuntoutus 2003; 26: 29–40.
182. Richardson P, Kächele H, Renlund C (eds): Research on Psychoanalytic Psychotherapy with Adults. European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Health Services (EFPP), Karnac, London 2004. ISBN 1-85575-949-7.
183. Lindfors O. Depressiopotilaan psykodynaaminen psykoterapia. Kirjassa Lindqvist M, Kuvaja T, Rasilainen A (toim.): Masennus – mustaa ja valkoista. Therapiea-säätiö. Helsinki 2005: 151–169.
184. Suomalainen lääkärisseura Duodecim ja Suomen Akatemia (paneeli: Karlsson H, Melartin T, Brax T, Heinänen T, Jänkälä K, Kalska H, Kemppinen H, Lankinen S, Lindfors O, Marttunen M, Toppila M, Vuorilehto M). Psykoterapia. Konsensuslausuma, 18.10.2006.
185. Valkonen, J. Psykoterapian käyttöarvo. Kuntoutus 2008; 31: 36–42.
186. Heinonen E. Kattava paketti psykoterapiatutkimusta Chilessä. Helsingin psykologiyhdistyksen jäsenlehti 2009; 3: 16–17.

1.4 Yleistajuiset kirjoitukset, haastattelut

187. Lindfors O (toim. Ora J). Hoitomuotojen tehoja testataan. Haastattelu, Medi uutiset 12.11.1998: 8.
188. Lindfors O (toim. Ora J). Kortterapins effekter undersöks. Haastattelu, Dagens Medicin 1.12.1998: 21.
189. Lindfors O (toim. Tikkanen T).Psykoanalyttinen psykoterapia. Asiantuntijahaastattelu teoksessa. Psykoterapiaopas. Helsinki Media, WSOY. Helsinki 1998: 61–65.
190. Lindfors O, Kivistö S, Toivakka H. Laadukkaampia Rorschach-tutkimuksia Exnerin menetelmällä. Rorschach-jatkokoulutus antaa paljon alan konkareillekin. Psykologiuutiset 1998; 4: 3.
191. Lindfors O. Asiantuntijahaastattelu tv-ohjelmassa Ben Furman: Erilaiset psykoterapiat. 22.11.1999.
192. Lindfors O, Knekt P (toim. Arola H). Kansainvälisesti ainutlaatuisessa psykoterapian vaikuttavuustutkimuksessa vertaillaan lyhyitä ja pitkiä terapioidia. Sosiaalivakuutus 2000; 2: 33–34.
193. Hirvas S. Pro gradu -tutkielman tekeminen osana laajaa psykoterapiatutkimusta. UPSY-posti (Uudenmaan Psykologiliiton lehti) 2000; 2: 14–18.
194. Knekt P, Lindfors O (toim. Autiosaari R). Psykoterapiaprojektin ensimmäiset tulokset valmistumassa jo ensi vuonna. Tulokset voivat vaikuttaa Kela-korvauksiin. Haastattelu, Psykologi 2001; 5: 11–12.
195. Lindfors O (toim. Aalto P). Asiantuntijahaastattelu tv-ohjelmassa Parantava suhde. 8.12.2001.
196. Tontti J. Masennus hahmottuu paineena ja puutteena. Psykologi 2001; 1: 15–7.
197. Raitasalo R. Voiko depressiosta parantua? Kelan sanomat 2002; 1: 11.
198. Knekt P (toim. Anttila P). Lyhyet terapiat eivät riitä. Haastattelu, Suomen Kuvalehti 2004; 20: 17.
199. Knekt P (toim. Sandström L). Tutkimus: Lyhytterapialla parantuu alle puolet masennuspotilaista. Haastattelu, Helsingin Sanomat 14.5.2004.
200. Knekt P (toim. Sundberg R). Korta terapier hjälper – men inte alla. Haastattelu, Hufvudstadsbladet 14.5.2004.
201. Knekt P (toim. Sannemann R-L). Lyhytterapia auttaa osaa masentuneista. Haastattelu, Kotilääkäri 2004: 6–7.
202. Knekt P (toim. Rekola K). Psykoterapiakeskustelu unohtaa usein perusasiatkin. Haastattelu, Mielekäs 2004: 1.
203. Knekt P, Lindfors O. Tutkimus lyhytterapioista: Psyykkiset oireet vähentyivät. Vajaat puolet potilaista parani. Kelan sanomat 2004; 2: 2.
204. Lindfors O. Haastattelu Helsingin Psykoterapiaprojektin lyhytterapioiden 1 vuoden seuranta tutkimuksesta. YLE: TV 1 -uutiset 13.5.2004.

205. Lindfors O (toim. Talli R). Kela valmis maksamaan mielenterveyspotilaille myös lyhytterapioita. Haastattelu, Helsingin Sanomat 1.6.2004.
206. Lindfors O. Auttaako psykoterapia? Asiantuntijahaastattelu Yleisradion tiedetoimituksen Tutkittu juttu -sarjassa, Yle-Teema 1.9.2004.
207. Raitasalo R. Miten psykoterapia vaikuttaa? Kelan sanomat 2004; 4: 15.
208. Renlund C. Psykoterapiaprojektin 1 vuoden tuloksista. TV-Nytt-uutiset 13.05.2004.
209. Lindfors O (toim. Harjula K). Asiantuntijahaastattelu kirjoitukseen ”3 kohtaloa, 3 terapiaa”. Hyvä Terveys 2005; 8: 35.
210. Sinkkonen M. Masennuksen arviointia ja diagnostiikkaa. Teoksessa Lindqvist M., Kuvaja T, Rasilainen A (toim.). Masennus – mustaa ja valkoista. Therapie-säätiö. Helsinki 2005: 135–150.
211. Knekt P (toim. Anttila P). Paraneamisen pitkä tie. Suomen Kuvalehti 2006; 7: 40–44.
212. Knekt P (toim. Arola H). Lyhytterapia vaikuttaa nopeasti, pitkäkestoinen tehokkaampi hoidon lopussa. Kelan sanomat 2006: 1.
213. Knekt P (toim. Salonen K). Lyhytterapia vaikuttaa nopeasti, pitkäkestoinen tehokkaampi hoidon lopussa. Mielenterveys 2006; 2: 6.
214. Knekt P, Laaksonen M (toim. Arola H). Helsingin Psykoterapiaprojekti rikkoo myyttejä terapeioista. Kelan sanomat 2006; 2: 3–4.
215. Knekt P, Laaksonen M (toim. Arola H). Psykoterapiaprojekti slå hål på myter. FPA bladet 2006; 2: 21.
216. Malmberg M. Suomalaista vientiä kansainväliseen psykoterapiakeskusteluun. Psykoterapia 2006; 25: 124.
217. Knekt P, Leiman M (toim. Riikola T). Konsensuskokous: psykoterapian vaikuttavuuden tutkimusta tarvitaan lisää. Suomen Lääkärilehti 2006; 42: 4310–4311.
218. Knekt P (toim. Sandström L). Tutkimus osoitti pitkän psykoterapian tehon. Helsingin Sanomat 17.2.2006.
219. Sinkkonen M. Psykoanalyttinen psykoterapia -tutkimuksen päivät. Psykoanalyttinen Psykoterapia 2006;3:40–41.
220. Knekt P (toim. Sykäri S). Lyhytterapiasta hyötyy noin puolet asiakkaista, ja hyöty näyttää pysyvältä. Käsikädessä-lehti 2006.
221. Knekt P, Karlsson H (toim. Valjus T). Terapioiden vaikuttavuus. Teema, Yle 16.10.2006.
222. Knekt P, Laaksonen M (toim. Typpi M). Helsingin Psykoterapiatutkimus. Tieteen viikko. YLE, radion tiedeohjelmat, 8.3.2007.
223. Knekt P, Laaksonen MA, Lindfors O (toim. Arola H). Potilaan soveltuvuudella merkittävä osuus psykoterapian vaikuttavuudessa? Kelan sanomat 2007; 1:15–16.
224. Lindfors O (toim. Typpi M). Psykologian sanakirja: D niin kuin depressio. Asiantuntijahaastattelu, YLE Radio 1, 29.1.2007.
225. Lindfors O (toim. Typpi M). Psykologian sanakirja: P niin kuin psykoterapia. Asiantuntijahaastattelu, YLE Radio 1, 23.4.2007.
226. Knekt P, Lindfors O, Laaksonen M. En period psykoterapi är sällan tillräckligt. FPA Bladet 2008; 2: 8.
227. Knekt P, Lindfors O, Laaksonen M. Vain kolmannes toipui yhden psykoterapiajakson turvin. Kelan sanomat 2008; 2: 14.
228. Lindfors O (toimittaja Raittila K). Auttaako terapia? Kirkko & Kaupunki 2008;39:15.
229. Heinonen E. Terapiassa riittää tutkittavaa. Psykologi 2009; 6: 24-26.

2 ESITELMÄT

230. Aalberg V, Hannula J, Kaipainen M, Kuoppasalmi K, Lehtovuori P, Mäkinen M, Nieminen K, Pentinsaari J-P, Renlund C, Sammallahhti P, Silvennoinen H. The Helsinki Psychotherapy Study. The XXIII Nordic Psychiatric Congress. Helsinki 4.–7.8.1991.
231. Aalberg V, Hannula J, Renlund C. The Helsinki Psychotherapy Study: A research plan of a controlled, comparative outcome study of psychoanalysis and three other psychotherapies. The 22nd International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Lyon 2.–6.7.1991.
232. Hannula J, Aalberg V, Kaipainen M, Nieminen K, Pentinsaari J-P, Silvennoinen H. A retrospective outcome study of 193 patients in long-term psychotherapy. The 22nd International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Lyon 2.–6.7.1991.
233. Renlund C, Hannula J, Aalberg V. The Helsinki Psychotherapy Study: A comparative outcome study of long-term vs. short-term types of psychotherapy. The 23rd International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Berkeley 23.–27.6.1992.
234. Renlund C, Aalberg V, Hannula J, Kaipainen M et al. The Helsinki Study on psychoanalytic long- and short-term psychotherapy. 15. Werkstatt: Empirische Forschung in der Psychoanalyse: Evaluation und Qualitätssicherung. Universität Ulm/ Abteilung Psychotherapie. Ulm 2.5.1992.
235. Lindfors O, Renlund C, Hannula J, Aalberg V. The Helsinki Psychotherapy Study. The III European Congress of Psychology. Tampere 4.–9.7.1993.
236. Sammallahhti P, Aalberg V, Pentinsaari J-P, Holi M. Measuring defenses with Defense Style Questionnaire. Society for Psychotherapy Research (SPR) meeting. Budapest 29.9.–2.10.1993.
237. Hannula J, Monsen J. Psychotherapy research on long-term psychotherapies: Review of the past, present and future. The 25th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research. York 28.6.–2.7.1994.
238. Holi M, Sammallahhti P, Aalberg V. Defense styles and psychiatric symptoms. The 25th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). York 28.6.–2.7.1994.
239. Kaarento K, Aalberg V, Hannula J, Kaipainen M, Lindfors O, Järvikoski A, Pylkkänen K. Helsinki Psychotherapy Study. An extensive research project to compare the effectiveness between psychoanalysis, long-term psychoanalytic psychotherapy, short-term analytic psychotherapy and competence-oriented therapy. The 25th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). York 28.6.–2.7.1994.
240. Renlund C, Alanko A, Sammallahhti P. Long-term psychotherapy in a Finnish community: A cross-section. The 25th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). York 28.6.–2.7.1994.
241. Lindfors O. Psychotherapy outcome research – methodological considerations. The Psychotherapy Research seminar. Sigtuna 4.–5.5.1995.
242. Hannula J. The patient's view of the psychotherapy outcome – qualitative analysis (grounded theory). The 27th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Amelia Island 19.–23.6.1996.
243. Bilhar B, Carlsson A-M, Lindfors O, Meyer G, Handler L, Nygren M. Rorschach methodology in psychotherapy research. The 28th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Geilo 25.–29.6.1997.
244. Hannula J. Helsinki Psychotherapy Study – Preliminary findings at the intake. The 28th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Geilo 25.–29.6.1997.
245. Lindfors O. Review of the Rorschach methodology in psychotherapy outcome research. The 28th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Geilo 25.–29.6.1997.

246. Klockars L. AHMOS-tutkimusryhmän kokous. Lontoo 10.–11.3.1998.
247. Klockars L. AHMOS-tutkimusryhmän kokous. Amsterdam 11/1998.
248. Renlund C. Psykoanalys och psykoterapiforskning. Exempel från Helsingfors Psykoterapiprojekt. Nordiskt Sommaruniversitet, kesäsesio, ”Psykoanalyysi ja yhteiskunta”-ryhmä, Kiljavan Opisto. Nurmijärvi 25.7.–1.8.1998.
249. Lindfors O. Kannattaako psykoterapia? Espoon mielenterveystoimisto. Espoo 17.11.1998.
250. Lindfors O. Kannattaako psykoterapia? Psykologia-klubi. Helsinki 24.11.1998.
251. Lindfors O. Näkökohtia masennuspotilaiden psykoterapiakuntoutukseen. Helsingin mielenterveystoimisto. Helsinki 18.12.1998.
252. Hannula J. The efficacy of truly long-term psychotherapies—light in the horizon. Review of ongoing studies. The 30th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Braga 16.–20.6.1999.
253. Lindfors O, Mattlar CE, Julkunen J, Knekt P, Aalberg V. Differences in maladjustment in patients seeking for psychotherapy versus psychoanalysis. The XVI International Congress of Rorschach and Projective Methods. International Rorschach Society. Amsterdam 19.–24.7.1999.
254. Lindfors O. Psykoterapian vaikuttavuustutkimus. Kelan asiantuntijalääkäreiden neuvottelupäivät. Helsinki 10.12.1999.
255. Lindfors O. Kannattaako psykoanalyysi? Therapie-säätiön koulutusanalyttikkoseminaari. Helsinki 25.9.1999.
256. Lehtovuori P, Salo J, Lindfors O. The Identity of Psychotherapist. The 30th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Braga 16.–20.6.1999.
257. Järvikoski A, Kaipainen M, Knekt P, Lindfors O, Maljanen T, Marttunen M, Mäkelä P, Raitasalo R, Renlund C, Hannula J, Härkäpää K, Aalberg V. Eri psykoterapiamuotojen vaikuttavuuden vertailu. Psykoterapiaprojektin tavoitteet ja menetelmät. Kuntoutussäätiö, Kuntoutuksen tutkimusseminaari. Helsinki 21.–22.8.2000.
258. Lindfors O. Hoito, kuntoutus, psykoterapia. Mielenterveyden keskusliiton koulutuspäivät. Helsinki 2.10.2000.
259. Lindfors O. Kannattaako psykoterapia? HUS/Peijaksen tulosalueen koulutuspäivät. Helsinki 28.9.2000.
260. Lindfors O. Kannattaako psykoterapia? Itä-Suomen psykoterapiayhdistys. Kuopio 17.11.2000.
261. Lindfors O. Psykoterapian tuloksellisuus. EFPP:n (European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector) Suomen osaston neuvottelupäivät. Helsinki 10.11.2000.
262. Lindfors O. Psykodynaaminen näkökulma persoonallisuuden arviointiin ja Rorschachin menetelmän tulkintaan. Vantaan täydennyskoulutuslaitos. Vantaa 13.2.2000.
263. Maljanen T, Paltta P, Kaipainen M, and the Helsinki Psychotherapy Project Group. The Cost-Effectiveness of Psychotherapy. The 21st Nordic Health Economists’ Study Group Meeting. Lund 25.–26.8.2000.
264. Lindfors O. Erityyppisten lyhytpsykoterapioiden vaikuttavuus. Dynaaminen lyhytpsykoterapiayhdistys ry. Turku 30.3.2001.
265. Lindfors O, Knekt P, Raitasalo R. and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Criterion validity of the Quality of Object Relations (QOR) Scale. Society for Psychotherapy Research (SPR) 2001 Leiden Conference. Leiden 10.3.2001.
266. Lindfors O, Kaipainen M, Mäkelä P, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. The Helsinki Psychotherapy Study: design, methods and base-line characteristics. Research meets clinical practice in psychodynamic psychotherapy, Psychiatric Clinic of Turku University. Turku 30.8.2001.
267. Renlund C and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Psychodynamic structure, process, and psychoanalytic outcome. The 7th Annual Research Training Programme. International Psychoanalytic Association & University College London. London 4.8.2001.

268. Renlund C, Mäkelä R-M, Palta P and the Helsinki Psychotherapy Study Group. The use of public register data in psychotherapy outcome research. Research meets clinical practice in psychodynamic psychotherapy, Psychiatric Clinic of Turku University. Turku 30.8.2001.
269. Lilja A. Terapian alkuvaiheen yhteistyösuhteen yhteys terapian tulokseen. Psykoterapia-alan erikoistumiskoulutus, tutkimusseminaari, Tieteiden talo. Helsinki 17.–18.10.2002.
270. Lindfors O. Psykodynaaminen psykoterapia masennuksen hoitomenetelmänä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialan järjestämä Vakavien masennustilojen tutkimus ja hoito 2002 -seminaari, Biomedicum. Helsinki 10.–11.10.2002.
271. Lindfors O. Psykoterapiaprojekti: Psykodynaamisen ja voimavarakeskeisen lyhytpsykoterapian vaikuttavuus. Oulun yliopistollisen sairaalan ja Oulun mielenterveyskeskuksen klinikkamäeeting. Oulu 27.11.2002.
272. Lindfors O. Alustavia tuloksia Helsingin psykoterapiatutkimuksesta. Opetusministeriön ja Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman psykoterapiakoulutuksen työryhmän koulutustilaisuus. Helsinki 7.10.2002.
273. Lindfors O, Knekt P, Raitasalo R, Rissanen H. Criterion validity of the quality of object relations (QOR) scale. Psykologia 2002 -kongressi, Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä 5.9.2002.
274. Maljanen T. Terveystaloustieteellinen näkökulma psykiatriaan. HUS:n psykiatrian klinikan Tiistai-luentosarja. Helsinki 28.5.2002.
275. Maljanen T. Measuring the value of lost leisure time in cost-effectiveness studies. Fourth European conference on health economics. Pariisi 7.–10.7.2002.
276. Maljanen T. Psykoterapioiden kustannus-vaikuttavuudesta. Kuntoutuksen tutkimus- ja käytäntö -tutkimusseminaari. Helsinki 27.–28.11.2002.
277. Maljanen T. Terveystaloustieteellinen näkökulma psykiatriaan. Kuntoutuksen tutkimus- ja käytäntö -tutkimusseminaari. Helsinki 28.5.2002.
278. Mäkelä P, Lindfors O, Kaipainen M, Renlund C, Virtala E, Haaramo P, Rissanen H, Järvikoski A, Hannula J, Knekt P and the Helsinki Psychotherapy Group. The Helsinki Psychotherapy Study: design and methods. Sosiologipäivät. Tampere 15.–16.3.2002.
279. Raitasalo R. Masennuksen vaikutus työelämään. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialan järjestämä Vakavien masennustilojen tutkimus ja hoito 2002 -seminaari, Biomedicum. Helsinki 10.–11.10.2002.
280. Renlund C. The Helsinki Psychotherapy Study on Psychotherapy and Psychoanalysis outcome: Design and baseline data. The 3rd Joseph Sandler Research Conference. The International Psychoanalytic Association and University College London. Lontoo 9.–10.3.2002.
281. Renlund C, Stuhr U, Caverzasi E, Frommer J. Qualitative approaches in psychotherapy research. International Conference. Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt am Main, and the Research Committee of Clinical, Conceptual, Epistemological, and Historical Research of the International Psychoanalytic Association. Frankfurt am Main 26.–29.9.2002.
282. Renlund C. Helsingin psykoterapiaprojekti: Lyhytterapiatuloksia 12 kuukautta hoidon aloittamisesta. Psykoterapian tuloksellisuus -workshop. Suomen Psykiatriyhdistyksen koulutuspäivät. Helsinki 12.–14.3.2003.
283. Ehrling L. Experiences, mind and mental health in the talk of psychotherapy patients. The First Interdisciplinary Conference on Communication, Medicine and Ethics. Cardiff University. Cardiff 26.–28.6.2003.
284. Ehrling L. Psykoterapia, vuorovaikutus ja terapian toimivuus. Sisäistä kokemusta, mielen ongelmia ja paranemista koskevat puheet ja niiden muutos terapiaprosessissa. Helsingin yliopisto, sosiaalipsykologian laitos, väitöstutkimusseminaari. Helsinki 12.9.2003.
285. Knekt P. Psykoterapiaprojekti. Kelan tutkimusasiain neuvottelukunta. Helsinki 17.12.2003.

286. Lindfors O, Knekt P, Renlund C, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Comparative effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in depression and anxiety disorders. The 34th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Weimar 25.–29.6.2003.
287. Maljanen T. Cost-effectiveness of psychotherapy. A systematic and critical review of literature published 1990–2002. The 4th International Health Economics Association World Congress. San Francisco 15.–18.6.2003.
288. Peräkylä A, Vehviläinen A. Therapeutic interaction. Colloquium at the First Interdisciplinary Conference on Communication, Medicine and Ethics. Cardiff University. Cardiff 26.–28.6.2003.
289. Raitasalo R. Psykologin näkökulma koherenssin tunteeseen. Seminaari ”Näkökulmia koherenssintunteeseen – SOC tänään”. Tampereen yliopisto. Tampere 7.3.2003.
290. Ehrling L. Sisäistä kokemusta, mielen ongelmia ja paranemista koskevat puhettavat terapiaprosessissa. Psykologia 2004 –kongressi. Turku 25.–27.8.2004.
291. Härkänen T, Lindfors O, Virtala E, Knekt P. A case study in comparison psychotherapies involving informative dropout, non-ignorable non-compliance and repeated measurements. The 25th Annual Conference. The International Society for Clinical Biostatistics. Leiden 15.–19.8.2004.
292. Knekt P. Psykoterapian vaikuttavuus masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Tutkimusprofessorien luentosarja, Kela. Helsinki 3.11.2004.
293. Knekt P. Psykoterapiaprojekti. Kelan hallitus. Helsinki 18.11.2004.
294. Knekt P ja Lindfors O. Psykoterapioiden vaikuttavuustutkimuksesta. Kelan tutkimusosaston tietoisuus. Helsinki 7.6.2004.
295. Lindfors O. Helsingin Psykoterapiaprojekti: kahden lyhytkestöisen psykoterapian vaikuttavuus yhden vuoden seurannassa. Suomen Psykologiliiton neuvottelupäivät. Helsinki 18.5.2004.
296. Lindfors O. Yksilö- ja ryhmäpsykoterapioiden tuloksellisuudesta. Helsingin mielenterveystoimiston psykoterapiaseminaari. Helsinki 29.9.2004.
297. Lindfors O. Miten psykoterapiat vaikuttavat? Lasten- ja nuorisopsykoterapiayhdistyksen seminaari. Helsinki 10.11.2004.
298. Lindfors O, Kaipainen K, Renlund C, Knekt P, Helsinki Psychotherapy Study Group. Quality control of interview assessments in the Helsinki Psychotherapy Study. The 35th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Rooma 16.–20.6.2004.
299. Raitasalo R, Knekt P, Lindfors O, Härkänen T, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. The effectiveness of short-term psychodynamic and solution-focused therapy on intrapsychic and interpersonal functioning. XXVIII International Congress of Psychology. Beijing 8.–13.8.2004.
300. Renlund C. Pyydetty kommenttipuheenvuoro esitelmään ”Chiesa M: ”When less is more: reflection from the findings of a prospective study of psychoanalytically informed treatment for severe personality disorder”. The European Psychoanalytic Federation Annual Meeting. Workshop: ”What can clinicians gain from research in psychoanalysis?” Helsinki 15.–18.4.2004.
301. Renlund C, Lindfors O, Knekt P och Helsingfors Psykoterapistudies forskningsgrupp. Empirisk forskning i psykoanalys: exempel från Helsingfors Psykoterapiprojekt. XIX Pohjoismainen psykoanalyttinen kongressi. Kööpenhamina 20.–22.8.2004.
302. Ehrling L, Lindfors O. Interviewing psychotherapy patients. Conversation Analysis of Psychotherapy. Manchester 10.–12.6.2005.
303. Knekt P. Psykoterapian vaikuttavuus masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa – Helsingin psykoterapiaprojektin väliarvioinnin tuloksia. Kuntoutus terveydenhuollossa. 33. Kuntoutuspäivät, ”Verkostoituva kuntoutus”. Helsinki 10.–11.3.2005.
304. Knekt P, Lindfors O. Mikä on psykoterapian pitkäaikainen vaikutus? Psykologimessut 2005, Toimintakyky. Helsinki 8.–9.12.2005.
305. Knekt P. Riittääkö lyhytterapia avuksi? Mielenterveystilaisuus. Helsinki 22.–23.11.2005.

306. Knekt P, Lindfors O, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. A randomized trial of the effect of the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. Annual Meeting of the European and UK Chapters of the Society for Psychotherapy Research (SPR). Lausanne 2.–5.3.2005.
307. Lindfors O, Knekt P, ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Vaikuttavuuden arviointi Helsingin Psykoterapiaprojektissa: Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen näkökulma. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 17.–18.2.2005.
308. Lindfors O, Knekt P, Marttunen M, Mikkola M and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Determinants of remission from depression following short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy. Annual Meeting of the European and UK Chapters of the Society for Psychotherapy Research (SPR). Lausanne 2.–5.3.2005.
309. Maljanen T, Palta P, Härkänen T, Virtala E, Lindfors O, Renlund C, Knekt P. The cost-effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of depressive and anxiety disorders. IHEA 5th World Congress: Investigating in Health. Barcelona 10.–13.7.2005.
310. Maljanen T. Recent trends in the utilisation of antidepressants and antipsychotics in Finland. Seventh Workshop on Costs and Assessment in Psychiatry: Financing Mental and Addictive Disorders. Venetsia 18.–20.3.2005.
311. Meronen M-L, Knekt P, Lindfors O, Rissanen H, Raitasalo R. The associations between psychotherapy suitability and the therapeutic alliance. The 36th International Annual Meeting. Society for psychotherapy Research (SPR). Montreal 22.–25.6.2005.
312. Meronen M-L. Terapian tanssi – terapeuttisen yhteistyösuhteen tarkastelua. Kognitiivis-analyttisen terapiayhdistyksen kongressi. Järvenpää 27.–28.5.2005.
313. Raitasalo R. Koherenssi-käsitys ja muut elämänhallinnan tekijät psyykkisinä voimavaroina. UKK –insituutti, Terveiden psyykkiset voimavarat: käsitteet ja mittaaminen –seminaari. Tampere 25.4.2005.
314. Vehviläinen S, Lindfors O. Kohentuneen voinnin kuvaaminen psykoterapian tutkimushaastattelussa. Jyväskylän yliopisto, Keskustelututkimuksen päivät. Jyväskylä 3.–4.2.2005.
315. Vehviläinen S, Lindfors O. Descriptions of ”feeling better” in psychotherapeutic (diagnostic) research interviews – orientations to credibility. Conversation Analysis in Psychotherapy, Manchester University. Manchester 10.–12.6.2005.
316. Ehrling L, Lindfors O ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Haastattelu psyykkisen voinnin arviointimenetelmänä. Tutkimusdiagnostisten arviointihaastattelujen vuorovaikutuksesta. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 16.–17.2.2006.
317. Juntumaa R. Psykoanalyysi oppimisprosessina. Helsingin Psykoterapiaprojektin syysseminaari: Näyttöön perustuva psykoterapiatutkimus. Helsinki 21.9.2006.
318. Knekt P. Helsingin Psykoterapiaprojekti – psykoterapioiden vaikuttavuustutkimus. Helsingin Psykoterapiaprojektin syysseminaari: Näyttöön perustuva psykoterapiatutkimus. Helsinki 21.9.2006.
319. Knekt P. Helsingin Psykoterapiaprojekti – Psykoterapioiden vaikuttavuustutkimus. Psykiatrian koulutuspäivät. Järvenpää 25.10.2006.
320. Knekt P. Helsingin Psykoterapiaprojekti – Psykoterapioiden vaikuttavuustutkimus. Sairausvakuutusasiain neuvottelukunnan kokous, Kela. Helsinki 1.2.2006.
321. Knekt P. Helsingin Psykoterapiaprojekti – Psykoterapioiden vaikuttavuustutkimus: Oireet ja hoidon tarve. Kelan Kuntoutuslinja. Helsinki 8.3.2006.
322. Knekt P. Lyhytterapioiden ja pitkän psykodynaamisen psykoterapian vaikuttavuus masennus- ja ahdistuneisuusoireisiin. Suomen Psykiatriyhdistys, Psykiatripäivät. Helsinki 15.–17.3.2006.
323. Knekt P. Psykoterapian tuloksellisuus: Helsingin Psykoterapiaprojekti. Konsensuskokous 2006. Psykoterapia. Espoo 16.–18.10.2006.
324. Knekt P. Psykoterapioiden vaikuttavuustutkimus. TTO/KTL:n aamukahviseminaari. Helsinki 9.3.2006.

325. Knekt P, Laaksonen M. Helsingin Psykoterapiaprojekti – Psykoterapioiden vaikuttavuustutkimus: Oireet ja hoidon tarve. Psykoanalyttinen Psykoterapia -tutkimuksen päivät. Helsinki 5.–6.5.2006.
326. Knekt P, Laaksonen M. Lyhyt vai pitkä terapia? – tuloksia vaikuttavuudesta. Tulevaisuuden ystävät ry. Helsinki 25.9.2006.
327. Knekt P, Laaksonen M. Pitkän ja lyhyen psykoterapian vaikuttavuus masennustiloihin ja ahdistuneisuushäiriöihin. Tampereen psykoterapiayhdistys. Tampere 20.9.2006.
328. Knekt P, Laaksonen M. Psykoterapiaprojektin tuloksia. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Tiistai-luentosarja. Helsinki 10.10.2006.
329. Knekt P, Lindfors O, Härkänen T, Mikkola M, Laaksonen M, Virtala E, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Randomized trial on the effectiveness of long and short-term psychodynamic psychotherapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. 19th World Congress of Psychotherapy. Kuala Lumpur 22.–26.8.2006.
330. Knekt P, Lindfors O, Marttunen M, Härkänen T, Mikkola M, Uusimäki H, Virtala E, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. The 28th Nordic Congress of Psychiatry. Tampere 16.–19.8.2006.
331. Knekt P, Lindfors O, Marttunen M, Härkänen T, Mikkola M, Uusimäki H, Virtala E, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. The 37th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Edinburgh 21.–24.6.2006.
332. Knekt P, Lindfors O, Marttunen M, Härkänen T, Mikkola M, Uusimäki H, Virtala E, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 16.–17.2.2006.
333. Laaksonen M. Psychological predictors of the recovery from depression or anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy during a 3-year follow-up. Nuorten tutkijoiden päivä, KTL. Helsinki 8.3.2006.
334. Laaksonen M. Psykologiset potilastekijät lyhyen ja pitkän terapian valintakriteereinä. Helsingin Psykoterapiaprojektin syysseminaari: Näyttöön perustuva psykoterapiatutkimus. Helsinki 21.9.2006.
335. Laaksonen M. Psykologiset potilastekijät lyhyen ja pitkän terapian valintakriteerinä. TTO/KTL:n aamukahviseminaari. Helsinki 7.12.2006.
336. Laaksonen M. Psykologiset potilastekijät terapian tuloksellisuuden ennustajina – mikä terapia sopii kenellekin? Psykiatrian koulutuspäivät. Järvenpää 25.10.2006.
337. Laaksonen M, Knekt P, Lindfors O, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Psychological predictors of the recovery from depression and anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy during a 3-year follow-up. 19th World Congress of Psychotherapy. Kuala Lumpur 22.–26.8.2006.
338. Laaksonen M, Knekt P, Lindfors O, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Psychological predictors of the recovery from depression or anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy during a 3-year follow-up. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 16.–17.2.2006.
339. Laaksonen M, Knekt P, Lindfors O, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Psychological predictors of the recovery from depression or anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy during a 3-year follow-up. The 37th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Edinburgh 21.–24.6.2006.
340. Laaksonen M, Knekt P, Lindfors O, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Psychological predictors of the recovery from depression or anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy during a 3-year follow-up. The 28th Nordic Congress of Psychiatry. Tampere 16.–19.8.2006.
341. Lindfors O. Haastatteluiden laadunvalvonta Helsingin Psykoterapiaprojektissa. Psykoanalyttinen Psykoterapia -tutkimuksen päivät. Helsinki 5.–6.5.2006.

342. Lindfors O. Helsingin Psykoterapiaprojektin laadunvalvonta: miten varmistettiin haastatteluarviointien luotettavuus. Psykiatrian koulutuspäivät. Järvenpää 25.10.2006.
343. Lindfors O. Miten haastatteluarviointien luotettavuus varmistettiin. Helsingin Psykoterapiaprojektin syysseminaari: Näyttöön perustuva psykoterapiatutkimus. Helsinki 21.9.2006.
344. Lindfors O, Knekt P, Mikkola M. Changes in self-concept following solution-focused therapy and short-term and long-term psychodynamic psychotherapy in a 3-year follow-up. The 28th Nordic Congress of Psychiatry. Tampere 16.–19.8.2006.
345. Lindfors O, Knekt P, Kaipainen M, Renlund C, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Quality control of interview assessments in the Helsinki Psychotherapy Study (HPS). Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 16.–17.2.2006.
346. Lindfors O, Knekt P, Mikkola M, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Effectiveness of solution-focused therapy and short-term psychodynamic psychotherapy on self-concept improvement in a 3-year follow-up. The 37th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Edinburgh 21.–24.6.2006.
347. Maljanen T, Palta P, Härkänen T, Virtala E, Lindfors O, Knekt P, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Cost-effectiveness of solution-focused therapy compared with short-term psychodynamic psychotherapy in the treatment of depressive and anxiety disorders. The 28th Nordic Congress of Psychiatry. Tampere 16.–19.8.2006.
348. Maljanen T, Palta P, Härkänen T, Virtala E, Lindfors O, Knekt P ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkimusryhmä. Lyhyiden psykoterapioiden kustannus-vaikuttavuus. Näyttöön perustuva psykoterapiatutkimus. Helsingin Psykoterapiaprojektin syysseminaari. Helsinki 21.9.2006.
349. Maljanen T, Palta P, Härkänen T, Virtala E, Lindfors O, Knekt P ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkimusryhmä. Psykoterapioiden kustannus-vaikuttavuudesta. Psykiatrian koulutuspäivät. Järvenpää 25.10.2006.
350. Mikkola M. Ihmissuhdeongelmat ja psykoterapian vaikuttavuus. TTO/KTL:n aamukahviseminaari. Helsinki 9.3.2006.
351. Mikkola M. Ihmissuhdeongelmat ja terapian vaikuttavuus. Psikoanalyttinen Psykoterapia -tutkimuksen päivät. Helsinki 5.–6.5.2006.
352. Mikkola M. Predictors of remission from depression after short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a 1-year follow-up. Nuorten tutkijoiden päivä, KTL. Helsinki 8.3.2006.
353. Mikkola M, Knekt P, Lindfors O. Effectiveness of solution-focused therapy and short- and long-term psychodynamic psychotherapy on interpersonal problems in a 3-year follow-up. The 28th Nordic Congress of Psychiatry. Tampere 16.–19.8.2006.
354. Mikkola M, Knekt P, Lindfors O, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Effectiveness of short- and long-term psychodynamic psychotherapy on interpersonal problems in a 3-year follow-up. The 37th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Edinburgh 21.–24.6.2006.
355. Mikkola M, Knekt P, Marttunen M, Lindfors O, and the Helsinki psychotherapy Study Group. Predictors of remission from depression after short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a 1-year follow-up. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 16.–17.2.2006.
356. Raitasalo R. Masennus tutkimuskohteena. Helsingin Psykoterapiaprojektin syysseminaari: Näyttöön perustuva psykoterapiatutkimus. Helsinki 21.9.2006.
357. Ruulio N, Lindfors O, Knekt P, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. The validity and reliability of the level of personality organization assessment scale. The 28th Nordic Congress of Psychiatry. Tampere 16.–19.8.2006.
358. Valkonen J. Narratiivinen tutkimus psykoterapian merkityksistä. Helsingin Psykoterapiaprojektin syysseminaari: Näyttöön perustuva psykoterapiatutkimus. Helsinki 21.9.2006.
359. Valkonen J. Voiko vaikuttavuutta tutkia laadullisin menetelmin? Kuntoutuspäivät, Kuntoutuksen vaikuttavuus -työryhmä. Helsinki 9.–10.3.2006.
360. Valkonen J and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Three narrative approaches to the effects of psychotherapy – change, reason and self. Qualitative Research on Mental Health –conference. Tampere 29.6.–1.7.2006.

361. Valkonen J, Lindfors O ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Psykoterapia ja sisäiset tarinat. Narratiivinen näkökulma psykoterapian merkityksiin. Sosiaalipsykologian päivät. Kuopio 24.–25.11.2006.
362. Valkonen J, Lindfors O ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Psykoterapia, masennus ja tarinat. Laadullinen tutkimus psykoterapian vaikutuksista masennukseen. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 16.–17.2.2006.
363. Valkonen J, Lindfors O, Knekt P ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Narratiivinen tutkimus psykoterapian merkityksistä. HUS:n Hyvinkään piiri, Psykiatrian koulutuspäivät. Järvenpää 25.10.2006.
364. Välikoski M. Ihmissuhdeongelmat ja psykoterapioiden vaikuttavuus. Psykiatrian koulutuspäivät. Järvenpää 25.10.2006.
365. Välikoski M. Masennuksesta toipumisen ennustajat lyhyissä terapioissa. TTO/KTL:n aamukahviseminaari. Helsinki 9.11.2006.
366. Härkänen T. Helsingin Psykoterapiatutkimus: Tilastollinen analyysi. Psykoterapiatutkimuksen seminaari. Kuopio 6.11.2007.
367. Härkänen T. Vaikuttavuuden arviointi psykoterapiaprojektissa. Iltapäiväseminari vaikuttavuuden arvioinnista terveystutkimuksissa. Suomen Tilastoseura. Helsinki 14.2.2007.
368. Härkänen T ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Hoito-omyyntyyvyyden huomioiminen psykoterapioiden vaikuttavuustutkimuksessa. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 15.–16.2.2007.
369. Knekt P. Helsingin Psykoterapiaprojektin toteutus. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) mielenterveystyön valtakunnalliset koulutuspäivät. Laivaseminaari (Viking Mariella) 17.–19.10.2007.
370. Knekt P. Helsingin Psykoterapiatutkimus: Tausta. Psykoterapiatutkimuksen seminaari. Kuopio 6.11.2007.
371. Knekt P. Lyhyt psykodynaaminen psykoterapia ja voimavarasuuntautunut terapia vaikuttavat hyvin osalle potilaista: Helsingin psykoterapiaprojektin tuloksia. Lyhyestä Virsi Kaunis Lyhytpsykoterapiasyposiumi. Turku 7.5.2007.
372. Knekt P. Psykoanalyysin ja kolmen erilaisen psykoterapian vaikuttavuus psykiatriisiin oireisiin viiden vuoden seurannassa. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) mielenterveystyön valtakunnalliset koulutuspäivät. Laivaseminaari (Viking Mariella) 17.–19.10.2007.
373. Knekt P. Terapiamenetelmän vaikuttavuuden tutkimus; esimerkkinä Helsingin Psykoterapiaprojekti. Suomen Toimintaterapeuttiliiton koulutuspäivät. Työkaluja toimintaterapeutin työhön. Turku 20.–21.9.2007.
374. Knekt P, Laaksonen M. Auttaako psykoterapia masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa? Psykoterapiatutkimuksen seminaari. Kuopio 6.11.2007.
375. Knekt P, Lindfors O, Laaksonen M, Maljanen T. Helsinki Psychotherapy Study. Evaluation of KTL, Department of Health and Functional Capacity: Chronic Disease Prevention and Health Promotion 2000–2007. Helsinki 29.11.2007.
376. Knekt P, Lindfors O, Laaksonen M, Välikoski M. The effectiveness on long-term and short-term psychotherapy and psychiatric symptoms – a randomized trial. 15th AEP Congress. Association of European Psychiatrists. Madrid 17.–21.3.2007.
377. Knekt P, Lindfors O, Välikoski M, Laaksonen M ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Kvasikokeellinen tutkimus psykoanalyysin, pitkäkestoisen ja lyhyt-kestoisen psykodynaamisen psykoterapian sekä voimavarasuuntautuneen terapian vaikuttavuudesta psykiatriisiin oireisiin viiden vuoden seurannan aikana. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 15.–16.2.2007.
378. Knekt P, Lindfors O, Välikoski M, Laaksonen M and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Quasi experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 5-year follow-up. The 38th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Madison 20.–23.6.2007.

379. Laaksonen M. Potilaan soveltuvuustekijöiden huomioiminen hoitomuodon valinnassa – lyhyttä vai pitkää terapiaa? Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) mielenterveystyön valtakunnalliset koulutuspäivät. Laivaseminaari (Viking Mariella) 17.–19.10.2007.
380. Laaksonen M, Knekt P, Lindfors O. Auttaako psykoterapia masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa? Sairaanhoidajapäivät 2007. Voi hyvin, hoida hyvin. Helsinki 23.3.2007.
381. Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Psychological suitability factors as selection criteria between short and long term therapy. The 38th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Madison 20.–23.6.2007.
382. Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Role of psychological suitability factors in the choice between short and long-term therapy for treatment of depressive and anxiety disorder. 15th AEP Congress. Association of European Psychiatrists. Madrid 17.–21.3.2007.
383. Laaksonen M, Knekt P, Lindfors O, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Psychological suitability measures in the selection of short-term or long-term therapy for treatment of depression and anxiety. Valtakunnalliset Lääkäripäivät. Helsinki 7.–11.1.2007.
384. Laaksonen M, Knekt P, Lindfors O ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Potilaiden psykologiset soveltuvuustekijät valintakriteerinä lyhyen ja pitkän terapian välillä. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 15.–16.2.2007.
385. Lindfors O. Personality functioning and psychotherapy outcome. Helsingin yliopiston käyttäytymistieteellisen tiedekunnan tiedepäivät. Helsinki 6.6.2007.
386. Lindfors O, Knekt P ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Aineiston keruu ja laadunvalvonta Helsingin Psykoterapiaprojektissa. Kuopion yliopisto, KYS, Psykoterapiatutkimuksen seminaari. Kuopio 6.11.2007.
387. Lindfors O, Knekt P ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Aineiston keruun ja mittausten laadunvalvonta. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) mielenterveystyön valtakunnalliset koulutuspäivät. Laivaseminaari (Viking Mariella) 17.–19.10.2007.
388. Lindfors O, Knekt P, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. The reliability and validity of the Level of Personality Organization (LPO) scale in comparison with the Quality of Object Relations (QOR) scale. Society for Psychotherapy Research (SPR), European Chapter Annual Meeting. Funchal, Madeira 22.–24.3.2007.
389. Lindfors O, Knekt P, Laaksonen M and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Quality control of interview assessments in the Helsinki psychotherapy study. The 38th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Madison 20.–23.6.2007.
390. Lindfors O, Knekt P, Virtala E ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Kolmen erilaisen psykoterapian vaikutus persoonallisuuden rakenteeseen ja toimintaan. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) mielenterveystyön valtakunnalliset koulutuspäivät. Laivaseminaari (Viking Mariella) 17.–19.10.2007.
391. Lindfors O, Knekt P, Virtala E, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Changes in self-concept following solution-focused therapy and short-term and long-term psychodynamic psychotherapy in 3-year follow-up. Tenth Annual Meeting of the Society for Interpersonal Theory and Research (SITAR). Madison 18.–19.6.2007.
392. Lindfors O, Knekt P, Välikoski M, Virtala E ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Minäkuvan muutokset lyhyt- ja pitkäkestoisessa psykodynaamisessa psykoterapiassa ja voimavarasuuntautuneessa terapiassa kolmen vuoden seurannan aikana. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 15.–16.2.2007.
393. Maljanen T. Lyhytterapioiden kustannus-vaikuttavuus kolmen vuoden seurannassa. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) mielenterveystyön valtakunnalliset koulutuspäivät. Laivaseminaari (Viking Mariella) 17.–19.10.2007.
394. Maljanen T, Paltta P, Härkänen T, Virtala E, Lindfors O, Knekt P ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkimusryhmä. Psykoterapiatutkimuksen seminaari. Lyhytterapioiden kustannus-vaikuttavuus kolmen vuoden seurannassa. Kuopio 6.11.2007.

395. Renlund C, Knekt P, Lindfors O, Laaksonen M, Härkänen T, Virtala E. Psykoanalyysi ja vaikuttavuustutkimus – esimerkkejä tutkimusprojektista. Psykoanalyttisen tutkimuksen konsortion starttiseminaari. Helsinki 24.3.2007.
396. Valkonen J. Kun tarina muuttuu. Mielenterveysmessut. Helsinki 23.11.2007.
397. Valkonen J. Narratiivinen näkökulma psykoterapian vaikutuksiin ja merkityksiin. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) mielenterveystyön valtakunnalliset koulutuspäivät. Laivaseminaari (Viking Mariella) 17.–19.10.2007.
398. Valkonen J. Narratiivisuus kuntoutuksen tutkimuksessa. Kuntoutus ja elämänlaatu -seminaari. Rovaniemi 9.–10.5.2007.
399. Valkonen J. Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. Kuntoutussäätiön työntekijöiden opintopiiri, Kuntoutussäätiö. Helsinki 19.12.2007.
400. Valkonen J, Knekt P, Lindfors O ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Laadullinen tutkimus Helsingin Psykoterapiaprojektissa. Psykoterapiatutkimuksen seminaari. Kuopio 6.11.2007.
401. Valkonen J, Lindfors O, ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Psykoterapia ja sisäiset tarinat: narratiivinen näkökulma psykoterapian merkityksiin. Kuntoutus ja elämänlaatu -seminaari, Rovaniemi 9.–10.5.2007.
402. Valkonen J, Lindfors O ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Psykoterapia ja sisäiset tarinat: narratiivinen näkökulma psykoterapian merkityksiin. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 15.–16.2.2007.
403. Haaramo P. Koherenssikäsityksen yhteys masennusoireilun muutokseen eri sosiodemografisten tekijöiden mukaan. KTL:n aamuseminaari. Helsinki 4.9.2008.
404. Heinonen E. Psykoterapeuttien ammatilliset ja henkilökohtaiset ominaisuudet lyhyen ja pitkän psykoterapian vaikuttavuuden ennustajana. EFPP:n (European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy) neuvottelupäivät. Helsinki 26.9.2008.
405. Heinonen E. Terapeuttien ammatilliset ja henkilökohtaiset ominaisuudet lyhyen ja pitkän psykoterapian vaikuttavuuden ennustajana. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) mielenterveystyön valtakunnalliset koulutuspäivät. Tuohilampi 3.–4.10.2008.
406. Heinonen E, Laaksonen M, Lindfors O, Lehtovuori P, Knekt P. Terapeuttien ammatilliset ja henkilökohtaiset ominaisuudet ennustajana lyhyen ja pitkän psykoterapian vaikuttavuudelle. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 14.–15.2.2008.
407. Härkänen T. Statistical methods in studies on the effectiveness of psychotherapy. The 39th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Barcelona 18.–21.6.2008.
408. Härkänen T, Knekt P, Virtala E, Lindfors O. A case study in comparing psychotherapies involving informative dropout, non-ignorable non-compliance and repeated measurements. KTL, tilastoseminaari. Helsinki 23.5.2008.
409. Juntumaa R. Psykoanalyysi oppimisprosessina. Psykologia 2008 -kongressi. Helsinki 20.–22.8.2008.
410. Juntumaa R. Psykoanalyysi oppimisprosessina haastatteluaineiston valossa. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 14.–15.2.2008.
411. Knekt P. Long term effects of psychotherapy and psychoanalysis. The 39th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Barcelona 18.–21.6.2008.
412. Knekt P. Psykoterapian vaikuttavuudesta. Eduskunnan nuorten mielenterveyden tukiryhmän seminaari nuorten mielenterveyspalveluiden nykytilasta. Helsinki 21.10.2008.
413. Knekt P, Haaramo P, Laaksonen M, Lindfors O. Use of auxiliary treatment during a 5-year follow-up among persons receiving short- or long-term psychotherapy or psychoanalysis. The 39th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Barcelona 18.–21.6.2008.
414. Knekt P, Haaramo P, Laaksonen M, Lindfors O. Uuden psykiatrisen hoidon ilmaantuvuus 5 vuoden seurannassa lyhyt- tai pitkäkestoiseen psykoterapiaan tai psykoanalyysiin ohjaamisen jälkeen. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 14.–15.2.2008.

415. Knekt P, Laaksonen M, Lindfors O. Potilastekijöiden vaikutus depressiosta tai ahdistuneisuudesta kärsivän potilaan hoidettavuuteen. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) mielenterveystyön valtakunnalliset koulutuspäivät. Tuohilampi 3.–4.10.2008.
416. Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA. The effectiveness of psychoanalysis and long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms during a 5-year follow-up; A quasi-experimental study. 16th AEP Congress. Association of European Psychiatrists. Nice 5.–9.4.2008.
417. Knekt P, Lindfors O, Laaksonen M. Psykodynaamisten psykoterapioiden vaikuttavuus, soveltuvuustekijät ja riittävyys masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. EFPP:n (European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy) neuvottelupäivät. Helsinki 26.9.2008.
418. Kurki M, Lindfors O, Knekt P, Laaksonen M. Lapsuudenperheen ilmapiiri psykoterapian tuloksellisuuden ennustajana – lyhyt- ja pitkäkestoisen psykoterapian vertailu. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 14.–15.2.2008.
419. Laaksonen M. Psykologiset potilastekijät lyhyen ja pitkän terapian valintakriteereinä. HYKS:n psykiatriakeskuksen luentosarja. Helsinki 13.5.2008.
420. Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Prediction of suitability score on psychiatric symptoms in short- and long-term therapy. 16th AEP Congress. Association of European Psychiatrists. Nice 5.–9.4.2008.
421. Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Psykoterapiasoveltuvuuden mittaaminen ja ennustekyky lyhyessä ja pitkässä terapiassa. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 14.–15.2.2008.
422. Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Suitability for psychotherapy scale (SPS) as a predictor of remission from psychiatric symptoms in short- and long-term therapy. The 39th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Barcelona 18.–21.6.2008.
423. Lindfors O. Mitä tiedämme psykoterapioiden vaikuttavuudesta? Kristillinen kulttuuriliitto. Helsinki 23.9.2008.
424. Lindfors O. Voiko psykoterapia muuttaa persoonallisuuden rakennetta? Turun psykoterapiayhdistys. Turku 16.10.2008.
425. Lindfors O, Knekt P, Haaramo P ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkimusryhmä. Kadon hallinta pitkäaikaisen aineistonkeruun haasteena. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 14.–15.2.2008.
426. Lindfors O, Knekt P, Laaksonen M. TOP – Toimiva potilasohjaus psykoterapiassa. Mielenterveystyön ja psykoterapiapalveluiden kehittämishanke. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) mielenterveystyön valtakunnalliset koulutuspäivät. Tuohilampi 3.–4.10.2008.
427. Lindfors O, Knekt P, Laaksonen MA and the Helsinki Psychotherapy Study Group. The effectiveness of psychoanalysis and long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms during a 5-year follow-up – A quasi-experimental study. The 39th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Barcelona 18.–21.6.2008.
428. Lindfors O, Knekt P, Virtala E, Heinonen E, Laaksonen M ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Minäkuvamuutokset lyhyt- ja pitkäkestoisessa psykodynaamisessa psykoterapiassa ja voimavarasuunautuneessa terapiassa kolmen vuoden seurannan aikana. Tiedepäivät. Käyttätymistieteellinen tiedekunta. Helsinki 4.–5.6.2008.
429. Lindfors O, Knekt P, Virtala E, Heinonen E, Laaksonen M ja Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkijaryhmä. Minäkuvamuutokset lyhyt- ja pitkäkestoisessa psykodynaamisessa psykoterapiassa ja voimavarasuunautuneessa terapiassa kolmen vuoden seurannan aikana. Psykologia 2008 -kongressi. Helsinki 20.–22.8.2008.
430. Maljanen T, Palta P, Härkänen T, Virtala E, Lindfors O, Knekt P, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Long-term cost-effectiveness of solution-focused therapy compared with short-term psychodynamic psychotherapy in the treatment of depressive and anxiety disorders. The 39th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Barcelona 18.–21.6.2008.

431. Maljanen T, Paltta P, Härkänen T, Virtala E, Lindfors O, Knekt P ja Helsingin Psykoterapiatutkimuksen tutkimusryhmä. Kahden lyhytterapian kustannus- vaikuttavuus kolmen vuoden seurannassa. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 14.–15.2.2008.
432. Valkonen J. Itseymmärrystä, elämänhallintaa vai elämäntarkoitusta? Narratiivisen tutkimuksen verkoston 6. tutkijatapaaminen, Murtuva kertomus. Jyväskylä 1.2.2008.
433. Valkonen J. Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. Suomen sosiaalipsykologit ry. Helsinki 17.1.2008.
434. Valkonen J. Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. Kuntoutussäätiön psykologitilaisuus. Helsinki 29.2.2008.
435. Valkonen J. Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. Kuntoutuspäivät. Helsinki 10.3.2008.
436. Valkonen J. Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. Mielenterveyskuntoutus Kuntoutussäätiössä. Kanta-Hämeen Sairaanhoidopiirin henkilökunnan vierailu, Kuntoutussäätiö. Helsinki 25.4.2008.
437. Valkonen J. Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. Kokemuksia psykoterapian vaikutuksista -tilaisuus psykiatrian poliklinikoille ja päiväsairaaloille, Kuntoutussäätiö. Helsinki 25.8.2008.
438. Valkonen J. Psykoterapian käyttöarvo. Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. Kognitiivis-analyttisen terapian (KAT) -yhdistyksen jäsenilta. Helsinki 9.10.2008.
439. Valkonen J. Terapian vaikutuksista masennuksen hoidossa. Lastenpsykiatrian yksikön jatkokoulutusluennot, HUS/lastenkliniikka. Helsinki 16.4.2008.
440. Haaramo P. Koherenssikäsitys ja sosiodemografiset tekijät masennusoireilun muutoksen ennustajina lyhyissä terapioissa. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 12.–13.2.2009.
441. Heinonen E. Terapeuttien ammatilliset ja henkilökohtaiset ominaisuudet ennustajina lyhyen ja pitkän psykoterapian vaikuttavuudelle. Avoin yliopisto, opintojaksossa Kliininen psykologia I: Terveiden ja mielenterveyden psykologia. Espoo 14.5.2009.
442. Heinonen E. Terapeuttien ammatilliset ja henkilökohtaiset ominaisuudet lyhyen ja pitkän psykoterapian vaikuttavuuden ennustajana. Psykiatriakeskus, HYKS. Helsinki 26.5.2009.
443. Heinonen E. Terapeuttien ammatilliset ja henkilökohtaiset ominaisuudet lyhyen ja pitkän psykoterapian vaikuttavuuden ennustajana. THL:n aamuseminaari. Helsinki 14.5.2009.
444. Heinonen E, Lindfors O, Laaksonen MA, Knekt P. Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. The 40th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Santiago de Chile 24.–27.6.2009.
445. Härkänen T. Estimating efficacy in the Helsinki Psychotherapy Study with a dynamical model and Bayesian inference. The 40th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Santiago de Chile 24.–27.6.2009.
446. Härkänen T. Greenland's Work on Effect Size Measures. PPRS III conference. Ulm 5.6.2009.
447. Joutsenniemi K, Lindfors O, Laaksonen M, Haaramo P, Knekt P. Prediction of demographic factors on the outcome of short- and long-term psychotherapy. 17th European Congress of Psychiatry. European Psychiatric Association. Lissabon 24.–28.1.2009.
448. Knekt P. Psykodynaamisten psykoterapioiden vaikuttavuus ja riittävyys masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Suomen Psykoanalyttinen Yhdistys. Helsinki 23.4.2009.
449. Knekt P, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P, Härkänen T, Lindfors O. Changes in lifestyle for psychiatric patients three years after the start of short- and long-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy. The 40th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Santiago de Chile 24.–27.6.2009.
450. Knekt P, Lindfors O, Renlund C, Haaramo P, Laaksonen M, Härkänen T, Virtala E, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Quasi-experimental study of the effectiveness of psychoanalysis vs. long- or short-term psychotherapy in psychiatric outpatients. World Psychiatric Association (WPA) International Congress. Firenze 1.–4.4.2009.

451. Laaksonen M. Potilaan ja terapeutin välisen yhteistyösuhteen ja terapeutin ominaisuuksien vaikutus psykoterapian soveltuvuussuhteeseen. Psykiatriakeskus, HYKS. Helsinki 26.5.2009.
452. Laaksonen M. Psykodynaamisten psykoterapioiden soveltuvuustekijät masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Suomen Psykoanalyttinen Yhdistys. Helsinki 23.4.2009.
453. Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Can poor psychotherapy suitability be compensated by a good alliance? The 40th International Annual Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Santiago de Chile 24.–27.6.2009.
454. Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Choice of length of psychotherapy based on a suitability score. World Psychiatric Association (WPA) International Congress. Firenze 1.–4.4.2009.
455. Lindfors O. Psykoanalyysin vaikuttavuus ja riittävyys masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Suomen Psykoanalyttinen Yhdistys. Helsinki 23.4.2009.
456. Lindfors O, Knekt P, Renlund C, Haaramo P, Härkänen T, Virtala E, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. The effectiveness of psychoanalysis and long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms – a 5-year quasi-experimental follow-up study. PPRS III conference. Ulm 5.6.2009.
457. Lindfors O, Knekt P, Virtala E, Heinonen E, Laaksonen M, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Changes in self-concept following solution-focused therapy and short- and long-term psychodynamic psychotherapy. World Psychiatric Association (WPA) International Congress. Firenze 1.–4.4.2009.
458. Lindfors O, Laaksonen M, Knekt P. Psykoterapioiden vaikuttavuus, riittävyys ja soveltuvuustekijät masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa HYKS:n nuorisopsykiatrian tiistai-meeting. Helsinki, 1.12.2009.
459. Valkonen J. Masennuksesta kuntoutuminen. Masennus, työelämä ja kuntoutuminen -seminaari. FCG Efego. Helsinki 2.4.2009.
460. Heinonen E, Lindfors O, Laaksonen MA, Knekt P. Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance in short- and long-term therapies. The 41st International Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Asilomar 23.-27.6.2010.
461. Härkänen T, Lindfors O, Laaksonen MA, Knekt P. Lääkehoidon vaikutuksen huomioiminen verrattessa eri psykoterapioiden vaikutusta masennusoireisiin Helsingin Psykoterapiatutkimuksessa. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 11.–12.2.2010.
462. Knekt P. Helsingin Psykoterapiatutkimuksen tulokset ja niiden anti näyttöön perustavalle terapiatutkimukselle. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 11.–12.2.2010.
463. Laaksonen M, Knekt P, Lindfors O. Potilaan ja terapeutin välisen yhteistyösuhteen vaikutus psykoterapian soveltuvuussuhteeseen. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 11.–12.2.2010.
464. Lindfors O, Knekt P, Virtala E, Laaksonen MA. Vuorovaikutussuhteiden laatu ja minäkuva lyhyen ja pitkän psykoterapian vaikuttavuuden ennustajina kolmen vuoden seurannan aikana. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 11.–12.2.2010.
465. Lindfors O, Knekt P, Virtala E, Laaksonen MA. Quality of object relations and self-concept as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. The 41st International Meeting. Society for Psychotherapy Research (SPR). Asilomar 23.-27.6.2010.
466. Rissanen H. Helsingin Psykoterapiatutkimus. Sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisten koulutus- ja messutapahtuma TERVE-SOS 2010. Lahti 19.-20.5.2010
467. Valkonen H, Lindfors O, Knekt P. Rorschach ego impairment indexin ja haastattelussa arvioitujen persoonallisuuden psykodynaamisen häiriötason yhtäpitävyys masennus- tai ahdistuneisuushäiriöistä kärsivillä potilailla. Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 11.–12.2.2010.

3 KONGRESSI-, SEMINAARI- JA KOKOUS- OSALLISTUMISET

3.1 Kansainväliset

- Society for Psychotherapy Research (SPR), The 22nd International Annual Meeting. Lyon 2.–6.7.1991.
- The XXIII Nordic Psychiatric Congress. Helsinki 4.–7.8.1991.
- 15. Werkstatt: Empirische Forschung in der Psychoanalyse: Evaluation und Qualitätssicherung. Universität Ulm/ Abteilung Psychotherapie. Ulm 2.–3.5.1992.
- Society for Psychotherapy Research (SPR), The 23rd International Annual Meeting. Berkeley 23.–27.6.1992.
- Society for Psychotherapy Research (SPR), 4th European Conference on Psychotherapy Research. Budapest 29.9.–2.10.1993.
- The III European Congress of Psychology. Tampere 4.–9.7.1993.
- Society for Psychotherapy Research (SPR), The 25th International Annual Meeting. York 28.6.–2.7.1994.
- Nordisk konferens för Psykoterapiforskning. Sigtuna 4.–5.5.1995.
- Society for Psychotherapy Research (SPR), The 27th International Annual Meeting. Amelia Island, Florida 19.–23.6.1996.
- Society for Psychotherapy Research (SPR), The 28th International Annual Meeting. Geilo 25.–29.6.1997.
- AHMOS-tutkimusryhmän kokous. Lontoo 10.–11.3.1998.
- Nordiskt Sommaruniversitet, kesäsessio. Nurmijärvi 25.7.–1.8.1998.
- AHMOS-tutkimusryhmän kokous. Amsterdam 11/1998.
- Society for Psychotherapy Research (SPR), The 30th International Annual Meeting. Braga 16.–20.6.1999.
- International Rorschach Society. The XVI International Congress of Rorschach and Projective Methods. Amsterdam 19.–24.7.1999.
- The 21st Nordic Health Economists' Study Group Meeting. Lund 25.–26.8.2000.
- Society for Psychotherapy Research, 2001 Leiden Conference. Leiden 8.–10.3.2001.
- International Psychoanalytic Association and University College London, The 7th Annual Research Training Programme. Lontoo 2.–10.8.2001.
- The International Psychoanalytic Association and University College London, The 3rd Joseph Sandler Research Conference. Lontoo 9.–10.3.2002.
- The 4th European conference on health economics. Pariisi 7.–10.7.2002.
- Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt am Main, and the Research Committee of Clinical, Conceptual, Epistemological, and Historical Research of the International Psychoanalytic Association, International Conference: "Pluralism of Sciences: The Psychoanalytic Method Between Empirical and Conceptual Research". Frankfurt am Main 26.–29.9.2002.
- The 4th International Health Economics Association World Congress. San Francisco 15.–18.6.2003.
- Society for Psychotherapy Research (SPR), The 34th International Annual Meeting. Weimar 25.–29.6.2003.
- The First Interdisciplinary Conference on Communication, Medicine and Ethics. Cardiff 26.–28.6.2003.
- The European Psychoanalytic Federation Annual Meeting. Helsinki 15.–18.4.2004.
- Society for Psychotherapy Research (SPR), The 35th International Annual Meeting. Rome 16.–20.6.2004.
- XXVIII International Congress of Psychology. Beijing 8.–13.8.2004.
- The International Society for Clinical Biostatistics, The 25th Annual Conference. Leiden 15.–19.8.2004.
- XIX Pohjoismainen psykoanalyttinen kongressi. Kööpenhamina 20.–22.8.2004.
- Society for Psychotherapy Research, Annual Meeting of the European and UK Chapters. Lausanne 2.–5.3.2005.

- Seventh Workshop on Costs and Assessment in Psychiatry: Financing Mental and Addictive Disorders. International Center of Mental Health Policy and Economics. Venetsia 18.–20.3.2005.
- Conversation Analysis of Psychotherapy. Manchester 10.–12.6.2005.
- Society for Psychotherapy Research (SPR), The 36th International Annual Meeting. Montreal 22.–25.6.2005.
- Investing in Health. 5th IHEA World Congress. Barcelona 10.–13.7.2005.
- Society for Psychotherapy Research (SPR), The 37th International Annual Meeting. Edinburgh 21.–24.6.2006.
- The 28th Nordic Congress of Psychiatry. Tampere 16.–19.8.2006.
- 19th World Congress of Psychotherapy. Kuala Lumpur 22.–26.8.2006.
- Society for Psychotherapy Research (SPR), European Chapter Annual Meeting. Funchal 22.–24.3.2007.
- Society for Interpersonal Theory and Research (SITAR), 10th Annual Meeting. Madison 18.–19.6.2007.
- Society for Psychotherapy Research (SPR), The 38th International Annual Meeting. Madison 20.–23.6.2007.
- Association of European Psychiatrists, 15th AEP Congress. Madrid 17.–21.3.2007.
- Association of European Psychiatrists, 16th AEP Congress. Nice 5.–9.4.2008.
- Society for Psychotherapy Research (SPR), The 39th International Annual Meeting. Barcelona 18.–21.6.2008.
- European Psychiatric Association, 17th European Congress of Psychiatry. Lissabon 24.–28.1.2009.
- World Psychiatric Association (WPA) International Congress. Firenze 1.–4.4.2009.
- Psychoanalytic Process Research Strategies III conference. Ulm 5.6.2009.
- Society for Psychotherapy Research (SPR), The 40th International Annual Meeting. Santiago de Chile 24.–27.6.2009.
- Society for Psychotherapy Research (SPR), The 41st International Annual Meeting. Asilomar 23.–27.6.2010.

3.2 Kotimaiset

- Espoon mielenterveystoimisto. Espoo 17.11.1998.
- Psykologia-klubi. Helsinki 24.11.1998.
- Helsingin mielenterveystoimisto. Helsinki 18.12.1998.
- Therapeia-säätiön koulutusanalyttikkoseminaari. Helsinki 25.9.1999.
- Kelan asiantuntijalääkäreiden neuvottelupäivät. Helsinki 10.12.1999.
- Kuntoutussäätiö, Kuntoutuksen tutkimusseminaari. Helsinki 21.–22.8.2000.
- Vantaan täydennyskoulutuslaitos. Vantaa 13.2.2000.
- HUS/Peijaksen tulosalueen koulutuspäivät. Helsinki 28.9.2000.
- Mielenterveyden keskusliiton koulutuspäivät. Helsinki 2.10.2000.
- EFPP:n (European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector) Suomen osaston neuvottelupäivä. Helsinki 10.11.2000.
- Itä-Suomen psykoterapiayhdistys. Kuopio 17.11.2000.
- Dynaaminen lyhytpsykoterapiayhdistys ry. Turku 30.3.2001.
- ”Research meets clinical practice in psychodynamic psychotherapy”, Psychiatric Clinic of Turku University. Turku 30.–31.8.2001.
- Sosiologipäivät 2002. Tampere 15.–16.3.2002.
- HUS:n psykiatrian klinikan Tiistai-luentosarja. Helsinki 28.5.2002.
- Kuntoutuksen tutkimus- ja käytäntö -tutkimusseminaari. Helsinki 28.5.2002.
- Psykologia 2002 -kongressi. Jyväskylä 4.–5.9.2002.
- Opetusministeriön ja Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman psykoterapiakoulutuksen työryhmän koulutustilaisuus. Helsinki 7.10.2002.
- Vakavien masennustilojen tutkimus ja hoito 2002 -seminaari, Biomedicum. Helsinki 10.–11.10.2002.

- Psykoterapia-alan erikoistumiskoulutus, tutkimusseminaari, Tieteiden talo. Helsinki 17.–18.10.2002.
- Oulun yliopistollisen sairaalan ja Oulun mielenterveyskeskuksen klinikkameeting. Oulu 27.11.2002.
- Kuntoutuksen tutkimus- ja käytäntö -tutkimusseminaari. Helsinki 27.–28.11.2002.
- Seminaari ”Näkökulmia koherenssintunteeseen – SOC tänään”. Tampereen yliopisto. Tampere 7.3.2003.
- Suomen Psykiatriyhdistyksen koulutuspäivät. Helsinki 12.–14.3.2003.
- Helsingin yliopisto, sosiaalipsykologian laitos, väitöstutkimusseminaari. Helsinki 12.9.2003.
- Kansaneläkelaitoksen Tutkimusasiain neuvottelukunta. Helsinki 17.12.2003.
- Suomen Psykologiliiton neuvottelupäivät. Helsinki 18.5.2004.
- Kelan tutkimusosaston tietoisku. Helsinki 7.6.2004.
- Psykologia 2004 -kongressi. Turku 25.–27.8.2004.
- Kelan tutkimusprofessorien luentosarja. Helsinki 27.9.–1.12.2004.
- Helsingin mielenterveystoimiston psykoterapiaseminaari. Helsinki 29.9.2004.
- Lasten- ja nuorisopsykoterapiayhdistyksen seminaari. Helsinki 10.11.2004.
- Kelan hallitus. Helsinki 18.11.2004.
- Jyväskylän yliopisto, Keskustelututkimuksen päivät. Jyväskylä 3.–4.2.2005.
- Psykoterapiatutkimuksen päivät, Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä 17.–18.2.2005.
- Kuntoutuspäivät. Helsinki 10.–11.3.2005.
- Terveiden psyykkiset voimavarat: käsitteet ja mittaaminen -seminaari UKK-instituutissa. Tampere 25.4.2005.
- Kognitiivis-analyttisen terapiayhdistyksen kongressi. Järvenpää 27.–28.5.2005.
- Mielenterveystilastot. Helsinki 22.–23.11.2005.
- Psykologitilastot 2005. Helsinki 8.–9.12.2005.
- Kela, Sairausvakuutusasiain neuvottelukunnan kokous. Helsinki 1.2.2006.
- Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 16.–17.2.2006.
- Kelan Kuntoutuslinja. Helsinki 8.3.2006.
- Nuorten tutkijoiden päivä, KTL. Helsinki 8.3.2006.
- TTO/KTL:n aamukahviseminaari. Helsinki 9.3.2006.
- Kuntoutuspäivät. Helsinki 9.–10.3.2006.
- Suomen Psykiatriyhdistys Psykiatripäivät. Helsinki 15.–17.3.2006.
- Psykoanalyttinen Psykoterapia -tutkimuksen päivät. Helsinki 5.–6.5.2006.
- Qualitative Research on Mental Health -conference. Tampere 29.6.–1.7.2006.
- Tampereen psykoterapiayhdistys. Tampere 20.9.2006.
- Helsingin Psykoterapiaprojektin syysseminaari: Näyttöön perustuva psykoterapiatutkimus. Helsinki 21.9.2006.
- Psykologiklubi – avoimet ovet, Tulevaisuuden ystävät ry. Helsinki 25.9.2006.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Tiistai-luentosarja. Helsinki 10.10.2006.
- Psykoterapian konsensuskokous 2006. Espoo 16.–18.10.2006.
- Psykiatrian koulutuspäivät. Järvenpää 25.10.2006.
- TTO/KTL:n aamukahviseminaari. Helsinki 9.11.2006.
- Sosiaalipsykologian päivät. Kuopio 24.–25.11.2006.
- TTO/KTL:n aamukahviseminaari. Helsinki 7.12.2006.
- Valtakunnalliset Lääkäripäivät. Helsinki 7.–11.1.2007.
- Iltapäiväseminaari vaikuttavuuden arvioinnista terveystutkimuksissa. Suomen Tilastoseura. Helsinki 14.2.2007.
- Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 15.–16.2.2007.
- Sairaanhoitajapäivät 2007. Voi hyvin, hoida hyvin. Helsinki 23.3.2007.
- Psykoanalyttisen tutkimuksen konsortion starttiseminaari. Helsinki 24.3.2007.
- Lyhyestä Virsi Kaunis Lyhytpsykoterapiasympposiumi. Turku 7.5.2007.
- Kuntoutus ja elämänlaatu -seminaari. Rovaniemi 9.–10.5.2007.
- Helsingin yliopiston käyttäytymistieteellisen tiedekunnan tiedepäivät. Helsinki 6.6.2007.
- Suomen Toimintaterapeuttiliiton koulutuspäivät. Työkaluja toimintaterapeutin työhön. Turku 20.–21.9.2007.

- Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) mielenterveystyön valtakunnalliset koulutuspäivät. Laivaseminaari (Viking Mariella) 17.–19.10.2007.
- Kuopion yliopisto, KYS, Psykoterapiatutkimuksen seminaari. Kuopio 6.11.2007.
- Mielenterveystutkimus. Helsinki 23.11.2007.
- Evaluation of KTL, Department of Health and Functional Capacity: Chronic Disease Prevention and Health Promotion 2000–2007. Helsinki 29.11.2007.
- Kuntoutussäätiön työntekijöiden opintopiiri. Helsinki 19.12.2007.
- Suomen sosiaalipsykologit ry. Helsinki 17.1.2008.
- Narratiivisen tutkimuksen verkoston 6. tutkijatapaaminen, Murtuva kertomus. Jyväskylä 1.2.2008.
- Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 14.–15.2.2008.
- Kuntoutussäätiön psykologitilaisuus. Helsinki 29.2.2008.
- Kuntoutuspäivät. Helsinki 10.3.2008.
- Lastenpsykiatrian yksikön jatkokoulutusluennot, HUS/lastenkliniikka. Helsinki 16.4.2008.
- Kanta-Hämeen Sairaanhoidopiiriin henkilökunnan vierailu, Kuntoutussäätiö. Helsinki 25.4.2008.
- HYKS:n psykiatriakeskuksen luentosarja. Helsinki 13.5.2008.
- KTL, tilastoseminaari. Helsinki 23.5.2008.
- Tiedepäivät. Käyttätymistieteellinen tiedekunta. Helsinki 4.–5.6.2008.
- Psykologia 2008 -kongressi. Helsinki 20.–22.8.2008.
- Kokemuksia psykoterapian vaikutuksista -tilaisuus psykiatrian poliklinikoille ja päiväsairaaloille, Kuntoutussäätiö. Helsinki 25.8.2008.
- TTO/KTL:n aamuseminaari. Helsinki 4.9.2008.
- Kristillinen kulttuuriliitto. Helsinki 23.9.2008.
- EFPP:n (European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy) neuvottelupäivät. Helsinki 26.9.2008.
- Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) mielenterveystyön valtakunnalliset koulutuspäivät. Tuohilampi 3.–4.10.2008.
- Kognitiivis-analyttisen terapian (KAT) -yhdistyksen jäsenilta. Helsinki 9.10.2008.
- Turun psykoterapiayhdistys. Turku 16.10.2008.
- Eduskunnan nuorten mielenterveyden tukiryhmän seminaari nuorten mielenterveyspalveluiden nykytilasta. Helsinki 21.10.2008.
- Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 12.–13.2.2009.
- Masennus, työelämä ja kuntoutuminen -seminaari. FCG Efego. Helsinki 2.4.2009.
- Kelan mielenterveyskuntoutuksen asiantuntijaryhmä. Helsinki 20.4.2009.
- Suomen Psykoanalyttinen Yhdistys. Helsinki 23.4.2009.
- Valvira, psykoterapia-asiantuntijaryhmä. Helsinki 27.4.2009.
- Avoin yliopisto, opintojaksossa Kliininen psykologia I: Terveiden ja mielenterveyden psykologia. Espoo 14.5.2009.
- THL:n aamuseminaari. Helsinki 14.5.2009.
- Psykiatriakeskus, HYKS. Helsinki 26.5.2009.
- EFPP:n (European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy) Psykoterapiatutkimuksen ja -kuntoutuksen päivä. Helsinki 25.9.2009.
- HYKS:n nuorisopsykologien torstaikokous. Helsinki 29.10.2009.
- Kelan mielenterveyskuntoutuksen asiantuntijaryhmä. Helsinki 9.11.2009.
- HYKS:n nuorisopsykiatrian tiistai-meeting. Helsinki 1.12.2009.
- Psykoterapiatutkimuksen päivät. Jyväskylä 10.–12.2.2010.
- Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten koulutus- ja messutapahtuma TERVE-SOS 2010. Lahti 19.–20.5.2010

4 TEKEILLÄ OLEVAT RAPORTIT

4.1 Alkuperäistutkimukset

4.1.1 Englanninkieliset

1. Castaneda AE, Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Sense of coherence as a predictor of suitability for short-term therapy in a randomized clinical trial: A three-year follow-up of patients with mood or anxiety disorder.
2. Hartikainen T et al. Target complaints: classification and relationships to patient characteristics in psychiatric outpatients with depressive or anxiety disorder.
3. Heinonen E, Lindfors O, Laaksonen MA, Knekt P. Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy.
4. Heinonen E, Lindfors O, Laaksonen M, Knekt P. Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance in short- and long-term psychotherapies.
5. Heiskanen T et al. Dispositional optimism as a predictor of outcome in short- vs. long-term psychotherapy.
6. Härkänen T, Maljanen T, Laaksonen MA, Virtala E, Knekt P. Adjusting for confounding and missing data in cost-effectiveness analysis: an application in comparing patients by suitability.
7. Härkänen T, Lindfors O, Knekt P. Joint analysis of longitudinal and time-to-event data in the form of non-ignorable non-trial interventions in the Helsinki Psychotherapy Study.
8. Joutsenniemi K, Knekt P, Laaksonen MA, Haaramo P, Lindfors O. Prediction of socioeconomic factors on the outcome of short- and long-term therapy.
9. Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Haaramo P, and the Helsinki Psychotherapy Group. Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy – a 5 year follow-up.
10. Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Renlund C, Haaramo P, Härkänen T, Virtala E, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms during a 5-year follow-up.
11. Knekt P, Lindfors O, Renlund C, Laaksonen MA, Haaramo P, Virtala E. Use of auxiliary treatment during a 5-year follow-up among patients receiving short- or long-term therapy.
12. Kurki M, Laaksonen MA, Lindfors O, Heinonen E, Haaramo P, Knekt P. Childhood family atmosphere as a predictor of psychotherapy outcome – comparison of short- and long-term therapy.
13. Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Psychological predictors of the recovery from depression or anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy during a 3-year follow-up.
14. Laaksonen MA, Lindfors O, Knekt P, Aalberg V. Suitability for Psychotherapy Scale (SPS) and its reliability, validity and prediction.
15. Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Psychological predictors of the recovery from depression and anxiety disorder in short-term and long-term therapy: meta-analysis of longitudinal studies.
16. Laaksonen MA, Knekt P, Lindfors O. Psychological predictors of the recovery from depression or anxiety disorder in two short-term therapies during a 3-year follow-up.
17. Lindfors O, Knekt P, Virtala E, Haaramo P, Laaksonen MA. Concurrent validity of the Quality of Object Relations Scale (QORS) in relation to proxy assessment of the theoretical scale constituents.

18. Lindfors O, Knekt P, Virtala E, and the Helsinki Psychotherapy Study Group. Changes in self-concept following solution-focused therapy and short-term and long-term psychodynamic psychotherapy in 3-year follow-up.
19. Lindfors O, Pyykkönen N, Knekt P, and the Helsinki Psychotherapy Group. The validity and reliability of the Level of Personality Organization assessment scale (LPO).
20. Lindfors O, Knekt P, et al. Self-concept and quality of object relations as predictors of changes in psychiatric symptoms and interpersonal problems in short- and long-term psychotherapy.
21. Maljanen T, Tillman P, Härkänen T, Lindfors O, Laaksonen MA, Haaramo P, Knekt P. The cost-effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a one-year follow-up.
22. Maljanen T, et al. The cost-effectiveness of one long-term psychotherapy and two two short-term therapies in the treatment of depressive and anxiety disorders during a five-year follow-up.
23. Maljanen et al. The cost-effectiveness of two short-term therapies in the treatment of depressive and anxiety disorders during a three-year follow-up.
24. Ollila P, et al. Patient pretreatment interpersonal problems predict the therapeutic alliance in long-term psychodynamic psychotherapy.
25. Tillman P et al. Is improvement in depression associated with reductions in health service costs?
26. Valkonen H, Lindfors O, Laaksonen MA, Knekt P. Association between the Rorschach Ego Impairment Index (EII-2) and the Level of Personality Organization (LPO) interview assessment scale in depressive and anxiety disorder patients.
27. Valkonen J., Hänninen V, Lindfors O. Outcomes of psychotherapy from the perspective of the users.

4.1.2 Suomenkieliset

28. Juntumaa R ym. Psykoanalyysi tunneperustaisena oppimisprosessina

4.1.3 Opinnäytetyöt

Väitöskirjat

29. Heinonen E. Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance and outcome in psychotherapy. Helsingin yliopisto, Psykologian laitos.
30. Keinänen M. Mielenterveyspalveluiden käytön vaikutus opiskelijoiden opintomenestykseen. Helsingin yliopisto, Kansanterveystieteen laitos.
31. Laaksonen M. Suitability for psychotherapy. Jyväskylän yliopisto, Psykologian laitos.
32. Lehtovuori P. Psykoterapeutin henkilökohtaiset ominaisuudet ja niiden yhteys terapeuttisen allianssin kehittymiseen ja terapian tuloksellisuuteen. Jyväskylän yliopisto, Psykologian laitos.
33. Lindfors O. Personality functioning and psychotherapy outcome. Helsingin yliopisto, Psykologian laitos.
34. Meronen M-L. Hoitotyytyväisyys psykoterapiassa. Jyväskylän yliopisto, Psykologian laitos.
35. Stenius J. Personality characteristics measured by the Rorschach method as predictors of suitability to short-term and long-term psychotherapy. Jyväskylän yliopisto, Psykologian laitos.

Lisensiaattitutkielmät

36. Happo H. Mitä psykoterapiassa opitaan? Helsingin yliopisto, Psykologian laitos.
37. Ollila P. Patient pretreatment interpersonal problems predict the therapeutic alliance in long-term psychodynamic psychotherapy. Helsingin yliopisto, Psykologian laitos.
38. Pylkkänen T. Prediction of perceived competence by sociodemographic factors in short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy. Helsingin yliopisto, Psykologian laitos.

Pro gradu -tutkielmät

39. Ojanen S. A brief measure of social support and integration as a predictor of outcome in short- and long-term psychotherapy. Turun yliopisto, Psykologian laitos.
40. Sirkiä C. Defense style as a predictor of outcome in short- and long-term psychotherapy. Turun yliopisto, Psykologian laitos.